

ÉDITION 2013



Migrants/étrangers en situation précaire

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT



GUIDE PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS



www.comede.org

SOMMAIRE

REPÈRES

0. POPULATIONS ET DÉFINITIONS

0. EXIL ET SANTÉ

- 00. Exil, violence et santé
- 00. Vulnérabilité et épidémiologie
- 00. Principes de prise en charge
- 00. Interprétariat

0. REPÈRES GÉOPOLITIQUES ET ACCÈS AUX SOINS

- 00. Panorama et indicateurs
- 00. Les 30 principaux pays d'origine
- 00. Cartes ethnolinguistiques

DROITS ET SOUTIEN

00. ASILE ET IMMIGRATION

0. DROIT D'ASILE

- 00. À la frontière
- 00. En préfecture
- 00. Dublin II et procédures prioritaires
- 00. L'Ofpra
- 00. La Cour nationale du droit d'asile
- 00. Accord du statut de réfugié
- 00. Attribution de la protection subsidiaire
- 00. Refus de la demande d'asile

8. DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

- 9. Principes de protection et textes applicables
- 13. Évaluation préalable de la demande
- 21. Dépôt et instruction de la demande
- 31. Défaut de passeport
- 35. Demande d'asile et affection grave
- 39. Le coût des démarches préfectorales
- 43. Décisions administratives et recours
- 51. Membres de famille et accompagnateurs

- 57. Voyager hors de France
- 61. Accès à la carte de résident de 10 ans
- 00. Regroupement familial

67. ÉLOIGNEMENT ET ENFERMEMENT DES ÉTRANGERS

- 67. Protection contre les mesures d'éloignement
- 77. Assignation à résidence
- 81. Rétention administrative
- 00. Autres lieux d'enfermement

00. SOUTIEN JURIDIQUE

- 00. Aide juridictionnelle
- 00. Juridictions administratives
- 00. Associations Droit d'asile
- 00. Associations Droit des étrangers
- 00. Ambassades et consulats
- 000. Comptes postaux et bancaires
- 000. Écrivains publics

00. PROTECTION SOCIALE

- 000. Demande d'asile
- 000 Étrangers malades
- 000. Mineurs étrangers isolés
- 000. Ressortissants communautaires
- 000. Retraités
- 000. Déboutés et sans-papiers
- 000. Autres situations

000. SOUTIEN SOCIAL

ACCÈS AUX SOINS

89. ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS

- 90. Conditions de l'accès aux soins
- 96. Permanences d'accès aux soins de santé
- 100. Fonds pour les soins urgents et vitaux
- 108. Venir se soigner en France

116. LES DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE

- 116. Organisation générale du système français
- 124. Panorama et notions clés de l'accès aux droits
- 136. Assurance maladie
- 154. Complémentaire CMU et ACS
- 166. Aide médicale État

188. PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT

- 188. Ayants droit et membres de famille
- 196. Bénéficiaires de droits dans un autre État
- 202. Demandeurs d'asile
- 208. Migrants âgés et retraités
- 000. Mineurs
- 000. Personnels des ambassades et consulats
- 000. Sans-papiers et déboutés de l'asile
- 000. Autres situations

SOINS ET PRÉVENTION

216. PROTECTION DE LA SANTÉ ET CERTIFICATION MÉDICALE

- 000. Principes juridiques et déontologiques
- 000. Certification médicale et demande d'asile
- 217. Rapport médical pour le droit au séjour

231. PRÉVENTION ET ÉDUCATION POUR LA SANTÉ

- 000. Prévention, exil et cultures
- 000. Bilan de santé
- 000. Santé et sexualité
- 231. Périnatalité
- 000. Enfants et adolescents (BG)
- 000. Conduites addictives
- 239. Éducation thérapeutique du patient
- 000. Nutrition
- 245. Santé bucco-dentaire
- 249. Saturnisme
- 000. Vaccination
- 255. Voyage au pays et conseils médicaux
- 265. VIOLENCE ET SANTÉ
- 000. Trauma et torture
- 265. Violences liées au genre

275. SANTÉ MENTALE ET TROUBLES PSYCHIQUES

- 275. Contexte et repères
- 283. Syndromes psychotraumatiques et dépression
- 000. Migrants âgés
- 000. Enfants et mineurs

295. INFECTION A VIH ET IST

- 295. Prévention et dépistage
- 307. Soins et accompagnement
- 323. Autres infections sexuellement transmissibles

327. INFECTIONS ET HÉPATITES VIRALES CHRONIQUES

- 327. Infection à VHB
- 337. Infection à VHC

345. AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

- 000. Pathologie courante
- 345. Asthme
- 000. Diabète
- 000. Drépanocytose
- 000. HTA et maladies cardiovasculaires
- 353. Tuberculose
- 363. Parasitoses

AVANT-PROPOS

La violence, la torture, l'exil et l'émigration provoquent chez l'être humain des traumatismes importants, dont le traitement suppose relation, reconnaissance et réparation. Or dans un contexte de crise de l'hospitalité et du droit d'asile en France et en Europe, l'exclusion et la précarité aggravent l'état de santé des exilés, migrants/étrangers en situation précaire. Ces multiples facteurs de vulnérabilité, au pays d'origine puis en pays d'accueil, favorisent la survenue et la sévérité de la maladie.

Conçu par l'équipe du Comede à partir de l'expérience quotidienne des intervenants salariés et bénévoles de l'association, ce Guide tente de proposer des réponses aux problèmes de santé les plus fréquents des personnes concernées. Face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique, la connaissance des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs de leur parcours est déterminante dans les soins et l'accompagnement proposés.

Destiné à favoriser une approche pluri-disciplinaire, ce guide est composé de cinq parties principales - repères, droits et soutien, accès aux soins, soins et prévention, documents - dont les informations théoriques et pratiques sont complémentaires. Après les éditions 2003, 2005 et 2008, l'édition 2013 sera publiée en deux séquences. Le sommaire indique les articles originaux et mis à jour, ainsi que les articles à venir pour la prochaine édition en format papier. D'ici leur mise à jour, il convient de se référer aux articles du Guide 2008.

Les informations contenues dans ce guide sont susceptibles de mises à jour régulières (législation, réglementation, épidémiologie, thérapeutique, renseignements pratiques, etc.). Nous vous remercions de nous signaler les erreurs ou corrections nécessaires, et de nous faire part de votre expérience et de vos attentes en nous écrivant à contact@comede.org

• **Les 11 chapitres et 43 articles de cette première moitié de l'édition 2013 sont dus à des contributions de :**

Anne-Marie **Chemali** (*Personnel d'accueil*), Karine **Crochet** (*Assistante sociale*), Benjamin **Demagny** (*Juriste*), Françoise **Fleury** (*Médecin*), Bénédicte **Gaudillière** (*Médecin*), Olivier **Lefebvre** (*Médecin*), Didier **Maille** (*Assistant social, Juriste*), Bénédicte **Maraval** (*Assistante sociale*), Aude **Nguyen** (*Psychologue*), Marie **Petruzzi** (*Médecin*), Pascal **Revault** (*Médecin*), Julien **Sallé** (*Médecin*), Arnaud **Veisse** (*Médecin*), Khalda **Vescovacci** (*Médecin de santé publique*), et Laure **Wolmark** (*Psychologue*). La coordination rédactionnelle a été assurée par Arnaud **Veisse**.

• **Merci aux partenaires qui nous ont fait bénéficier de leur expertise :**

Sabrina **Akkouche** (*DGS*), Christine **Barbier** (*DGS*), Denise **Bauer** (*DGOS*), Nicole **Bohic** (*DGS*), Isabelle **Bouille-Ambrosini** (*DSS*), Catherine **Chardin** (*DGS*), Khadoudja **Chemlal** (*Inpes*), Annette **Colonnier** (*DGS*), Thierry **Comolet** (*DGS*), Frédérique **Delatour** (*DGS*), Sylvie **Emsellem** (*Unafo*), Jérôme **Foucaud** (*Inpes*), Isabelle **Gillette-Faye** (*Fédération GAMS*), Nathalie **Goyaux** (*DGS*), Emmanuelle **Hamel** (*Inpes*), Marie **Hénocq** (*Cimade*), Violaine **Husson** (*Cimade*), Paul **Karsenty** (*DGS*), Brigitte **Lefebvre** (*DGS*), Nicole **Matet** (*DGS*), Laura **Petersell** (*Cimade*), Anne **Pillebout** (*DGS*), Clémence **Richard** (*Cimade*), Jacky **Roptin** (*Psychologue*), Elsa **Stoll** (*Inpes*), Isabelle **Thiébot** (*Aide odontologique Internationale*), Isabelle **Vincent** (*Inpes*).

• **L'équipe professionnelle du Comede en décembre 2012 :**

Rose **Adu** (*Personnel d'entretien*), Isabelle **Alix** (*Médecin référent*), Chemsy **Anniba** (*Ostéopathe*), Assane **Aw** (*Personnel d'accueil*), Anne-Marie **Chemali** (*Personnel d'accueil*), Karine **Crochet** (*Assistante sociale*), Guy **Delbecchi** (*Cadre infirmier*), Benjamin **Demagny** (*Responsable adjoint du service social et juridique*), Marie **Eckert** (*Ostéopathe*), Françoise **Fleury** (*Médecin référent*), Yasmine **Fliitti** (*Directrice administrative et financière*), Bénédicte **Gaudillière** (*Médecin référent*), Guy **de Gontaut** (*Personnel d'accueil*), Camille **Graçia** (*Ostéopathe*), Marie-Madeleine **Gutle** (*Pharmacienne*), Olivier **Isle de Beauchaine** (*Ostéopathe*), Catherine **Jollet** (*Responsable financière et administrative*), Claire **Katembwe** (*Assistante de direction*), Olivier **Lefebvre** (*Médecin référent*), Monili **Lumoni** (*Personnel d'entretien*), Didier **Maille** (*Responsable du service social et juridique*), Bénédicte **Maraval** (*Assistante sociale*), Arnaud **Maze** (*Ostéopathe*), Cécile **Ménard** (*Infirmière*), Patrick **Mony** (*Assistant juridique*), Pierre **Nevers** (*Ostéopathe*), Aude **Nguyen** (*Psychologue référente*), Etsianat **Ondongh-Essalt** (*Psychologue*), Barbara **Pellegrini-Guegnault** (*Médecin consultant*), Marie **Petruzzi** (*Médecin référent*), Pascal **Revault** (*Directeur opérationnel, Médecin*), Rosa **Sadaoui** (*Personnel d'accueil*), Julien **Sallé** (*Médecin référent*), Arnaud **Veisse** (*Directeur général, Médecin*), Khalda **Vescovacci** (*Médecin de santé publique*), Laure **Wolmark** (*Responsable du service de psychothérapie et santé mentale*), et les collègues de l'**Espace santé droit** : Marie-Ange **d'Adler**, Sixte **Blanchy**, François **David**, Geneviève **Domenach-Chich**, Geneviève **Jacques**, Claudie **Jalin**, Blandine **Rebischung**, Antoinette **Szejnman**, Michèle **Teule-Espié**, Jean-Michel **Tissier**.

GLOSSAIRE

SIGLES

AJ	Aide juridictionnelle
AAH	Administrateur ad hoc Allocation aux adultes handicapés
ALD	Affection de longue durée
AME	Aide médicale État
APAR	Arrêté préfectoral d'assignation à résidence
APRF	Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière
APS	Autorisation provisoire de séjour
APT	Autorisation provisoire de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ATA	Allocation temporaire d'attente
Auda	Accueil d'urgence des demandeurs d'asile
BAJ	Bureau d'aide juridictionnelle
Cada	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile Commission d'accès aux documents administratifs
CAF	Caisse d'allocation familiale
CAI	Contrat d'accueil et d'intégration
CASF	Code de l'action sociale et des familles
CCAS	Centre communal d'action sociale Commission centrale d'aide sociale
CDAG	Centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit (VIH et hépatites)
CE	Conseil d'État
CEDH	Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des libertés fondamentales
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHRS	Centre d'hébergement et de réadaptation sociale
CIDIST	Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Clat	Centre de lutte anti-tuberculeuse
COM	Collectivité d'outre-Mer
CMF	Code monétaire et financier
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CMU-C	Complémentaire CMU
CNDA	Cour nationale du droit d'asile
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOA	Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil

CRE	Centre de réception des étrangers
CSP	Code de la santé publique
CSS	Code de la Sécurité sociale Centre de paiement (Sécurité sociale)
CST	Carte de séjour temporaire
CT	Code du travail
CTV	Comité technique des vaccinations
DGS	Direction générale de la santé
DIR	Décision implicite de rejet d'une demande administrative
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DOM	Département d'Outre-Mer
DT ARS	Délégation territoire de l'Agence régionale de santé
EMPP	Équipe mobile psychiatrie et précarité
HAS	Haute autorité de santé
HCR	Haut commissariat aux réfugiés
IQF	Invitation à quitter la France
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
ITF	Interdiction du territoire français
MARS	Médecin de l'Agence régionale de santé
OFII	Office français de l'immigration et de l'intégration
Ofpra	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS	Organisation mondiale de la santé
OQTF	Obligation de quitter le territoire français
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PMI	Protection maternelle et infantile
SPH	Service public hospitalier
TA	Tribunal administratif
TGI	Tribunal de grande instance

SYMBOLES

	Téléphone
	Fax
	Courriel
	Non remboursé par la Sécurité sociale
	Permanence
	Remboursé par la Sécurité sociale
	Rendez-vous
	Tous les jours

LE CENTRE-RESSOURCES DU COMEDE

www.comede.org – ☎ 01 45 21 39 32

• GUIDE COMEDE, REPERTOIRES REGIONAUX ET LIVRETS BILINGUES

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération,
93203 Saint-Denis Cedex, par Fax 01 49 33 23 91, ou par mail edif@inpes.sante.fr

• REVUE MAUX D'EXIL, 4 numéros par an

Abonnement gratuit et frais de diffusion pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation par mail à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses.

• FORMATIONS ☎ 01 45 21 63 11

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers.

Permanences téléphoniques nationales

- Permanence téléphonique Droits, Soutien, Accès aux Soins : 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi, 9 h 30 - 12 h 30. Soutien et expertise pour l'accès aux soins, aux procédures d'obtention d'une protection maladie, aux dispositifs de droit au séjour pour raison médicale, et aux autres prestations liées à l'état de santé des étrangers.
- Permanence téléphonique Médicale : 01 45 21 38 93, du lundi au mercredi, 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.
- Permanence téléphonique Santé Mentale : 01 45 21 39 31, mardi et mercredi, 14 h 30 - 17 h 30. Soutien et expertise pour l'orientation et l'accès aux soins en santé mentale. Information et partage d'expérience sur les questions relatives à la clinique de l'exil et au droit au séjour pour raison médicale.

• CENTRE DE SANTE À BICETRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio-juridiques avec interprète, sur rendez-vous du lundi au vendredi. Tél : 01 45 21 38 40.

• ESPACE SANTE DROIT AVEC LA CIMADE À AUBERVILLIERS (93)

Consultations socio-juridiques et évaluation médico-juridique sur rendez-vous mardi, mercredi et vendredi, permanence téléphonique : 01 43 52 69 55 les mardis, mercredis et vendredis 9 H 30 - 12 H 30.



DROITS ET SOUTIEN

« Le terme réfugié s'appliquera à toute personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social, ou ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité. »

PRINCIPES DE PROTECTION ET TEXTES APPLICABLES

Le droit au séjour pour raison médicale, parfois appelé « régularisation médicale » et dont la procédure « étrangers malades » constitue la transposition administrative, a été formalisé par la loi du 11 mai 1998 (Chevènement). Il a fait suite à la protection contre l'éloignement créée en 1997 par la loi Debré. La loi du 16 juin 2011 (Besson) en a modifié les termes et la procédure, mais a maintenu le dispositif. Il se trouve aujourd'hui défini par l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). Ce droit permet à des étrangers résidant en France et atteints d'affection grave d'obtenir une carte de séjour avec droit au travail.

PRINCIPES DE PROTECTION

• Protection de la santé :

le droit au séjour pour raison médicale est garanti par la loi à la personne étrangère malade résidant en France qui remplit les conditions médicales suivantes :

- risquer des conséquences graves pour sa santé en cas de défaut de prise en charge médicale ;
- risquer de ne pas avoir les soins appropriés dans son pays d'origine.

• **L'intervention des médecins est déterminante** s'agissant d'un droit au séjour soumis à des critères médicaux :

- « *praticiens hospitaliers* » ou « *médecins agréés* » pour évaluer préalablement les conditions médicales de la demande et pour rédiger le rapport médical destiné à l'autorité médicale (*voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 217*) ;
- « *médecins de l'agence régionale de santé* » (MARS), désignés par le directeur général de l'ARS et qui ne sont plus

nécessairement depuis 2010 des médecins inspecteurs de santé publique (MISP), ou, à Paris, « *médecin chef du service médical de la préfecture de police* », en tant qu'autorités médicales chargées de rendre un avis médical au préfet.

• **Les principes de la déontologie médicale s'appliquent tout au long de la procédure**, et notamment (Instruction

du ministère de la Santé du 10 nov 2011) :

- la continuité des soins (art. R 4127-47 Code de santé publique);
- l'indépendance des médecins dans l'établissement de leurs avis médicaux (art. R4127-95 Code de santé publique);
- la préservation du secret médical (art. L 1110-4 et R 4127-4 Code de santé publique).

• **Le droit au séjour pour raison médicale ne doit pas être confondu avec le droit d'asile** (*voir guide 2008*). En effet, le statut « d'étranger malade », bien que formalisé dans la loi, est conçu et pratiqué par les pouvoirs publics comme un accueil humanitaire des étrangers que l'on ne peut pas renvoyer dans leur pays du fait du risque d'interruption des soins nécessaires. La confusion des deux demandes peut avoir des conséquences graves pour la personne concernée.

TEXTES APPLICABLES SELON LA NATIONALITÉ

• **L'article L 313-11 11° du Ceseda, modifié par la loi du 16 juin 2011, définit le droit au séjour pour raison médicale :**

« 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



Article 6-7° de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 :

« Le certificat de résidence d'un an portant la mention "vie privée et familiale" est délivré de plein droit [...] au ressortissant algérien, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays. »

Circulaire ministérielle du 10 septembre 2010 (point 5.1.3) :

« Les citoyens de l'UE qui ne remplissent pas les conditions du droit au séjour se verront notifier une obligation de quitter la France dès lors que vous ne disposez pas d'éléments établissant qu'ils doivent impérativement suivre un traitement médical en France dont ils ne peuvent bénéficier dans leur pays d'origine. À cet effet, vous solliciterez l'avis du médecin de l'agence régionale de santé [...]. »

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. »

• **Spécificité pour les Algériens** : les conditions d'admission au séjour pour soins des Algériens (certificat de résidence algérien d'un an mention « vie privée et familiale », ou autorisation provisoire de séjour en cas de défaut de résidence habituelle en France) sont prévues dans l'accord franco-algérien (art. 6.7° et Titre III du protocole) et n'ont pas été modifiées par la loi du 16 juin 2011. En pratique, les autorités leur appliquent les mêmes textes (*voir ci-dessous*) que pour les autres ressortissants, ce qui est contestable en droit.

• **Spécificité pour les citoyens de l'UE** : le Conseil d'État (22 juin 2012 n° 347545) a considéré que l'article L 313-11 11° du Ceseda n'était pas applicable de plein droit aux citoyens de l'UE. Une circulaire toujours en vigueur du ministère de l'Intérieur du 10 septembre 2010 (NOR IMIM1000116C) demande toutefois aux préfectures d'en faire application. Les citoyens de l'UE peuvent aussi fonder leur droit au séjour sur les conventions internationales (article 3.1 CIDE pour les parents d'enfant malade, article 3 et 8 CEDH pour les étrangers malades) et sur la notion d'erreur manifeste d'appréciation de leur situation personnelle.

RÉFÉRENCES LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES

• Partie législative du Ceseda

- article L 313-11 11° du Ceseda (droit au séjour pour raison médicale);
- article L 511-4 10° du Ceseda (protection des étrangers malades contre les OQTF et APRF);
- article L 521-3 5° du Ceseda (protection des étrangers malades contre les expulsions);
- article L 523-4 du Ceseda (assignation à résidence des étrangers malades frappés d'une mesure d'expulsion non exécutée);
- article L 541-1 du Ceseda (interdiction du prononcé des peines d'interdiction du territoire français contre les étrangers malades bénéficiaires de la carte de séjour L 313-11 11° du Ceseda);
- article L 313-11 7° du Ceseda (droit au séjour des membres de famille et accompagnateurs de malades);



- article L 311-12 du Ceseda (délivrance d'une APS au parent d'enfant malade);
- article L 411-5 du Ceseda (regroupement familial sollicité par un titulaire de l'AAH).

• **Partie réglementaire du Ceseda**

- article R 313-22 du Ceseda (avis de l'autorité médicale, et délivrance APS en l'absence de résidence habituelle en France);
- article R 313-23 à R313-32 du Ceseda (commission médicale régionale).

• **Accord franco-algérien**

- article 6-7° (et titre III du protocole) de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 (droit au séjour pour raison médicale des ressortissants algériens, et délivrance d'une APS en l'absence de résidence habituelle en France).

• **Conventions multilatérales**

- article 3.1 de la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989 (protection de l'intérêt supérieur et de l'état de santé de l'enfant en toute circonstance);
- article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (interdiction des traitements inhumains et dégradants);
- article 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (droit au respect de la vie privée et familiale).

• **Autres textes : arrêtés, circulaires et instructions**

- circulaire NOR/INT/D/98/00108/C du 12 mai 1998 d'application de la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile (procédure d'admission au séjour pour raison médicale, p. 21);
- circulaire n° 2000-248 du 5 mai 2000 (procédure d'admission au séjour pour raison médicale);
- circulaire IMIM0800021C du 25 février 2008 (statut du rapport médical);
- circulaire NOR IMIM1000116C du 10 septembre 2010 (droit au séjour pour raison médicale des citoyens UE, p. 8 et 35);
- arrêté du 9 novembre 2011 (conditions d'établissement des avis médicaux);
- Instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 (recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,

« Rapports d'activité et d'observation », www.comede.org

Demagny B., Slama S.,

« La prise en compte de l'accès effectif aux soins dans le droit au séjour et l'éloignement des étrangers malades », *La Semaine juridique* n° 29, 2010

Demagny B., Slama S.,

« Le préfet, le médecin et le droit au séjour des étrangers malades : quelles garanties déontologiques et procédurales », *La Semaine juridique Administrations et collectivités territoriales*, n° 43, 2009

Observatoire du droit à la santé des étrangers,

« Rapports d'observation », www.odse.eu.org

Veisse A., Hénocq

M., « Hommes et médiations, à propos du droit au séjour des étrangers malades », *Hommes & Migrations* n° 1282, 2009.

ÉVALUATION PRÉALABLE DE LA DEMANDE

Les modalités de la demande de carte de séjour pour raison médicale sont complexes. Pour l'étranger atteint d'affection grave, toute demande implique une évaluation préalable de sa situation médicale et administrative. Obtenir le soutien d'une association et/ou d'un travailleur social compétents est indispensable avant que l'étranger n'engage sa demande.

ÉVALUATION PRÉALABLE GLOBALE

- **Il est très important de faire une évaluation préalable approfondie de la situation** au regard du risque médical, des autres possibilités d'admission au séjour, des démarches préfectorales déjà engagées, et des éventuelles mesures antérieures d'éloignement administratives voire pénales. Cette évaluation médico-administrative 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 circonstanciée 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, voire dans certains cas d'un avocat (payant),** peut être nécessaire pour obtenir une réponse juridiquement fiable et envisager les modalités appropriées pour faire valoir un droit éventuel.

Information à recueillir pour l'évaluation des droits (séjour et protection maladie)

- 1/ Avez-vous contacté d'autres intervenants sociaux, juridiques, médicaux, associatifs ?
- 2/ Quelle est votre nationalité ?
- 3/ Quelles sont vos dernières date(s) d'entrée(s)/séjour(s) en France ? Entrée(s) régulière(s) ? Type de visa(s) ?
- 4/ Avez-vous transité, demandé l'asile, séjourné, fait des démarches, etc. (enfermement), dans un autre État membre de l'espace Schengen ?
- 5/ Avez-vous un passeport (en cours de validité ou non) ? D'autres documents d'état civil, notamment carte d'identité, carte ou attestation consulaire, acte de naissance, acte de mariage, livret de famille ?
- 6/ Avez-vous une adresse stable (adresse personnelle, hébergement ou domiciliation chez un tiers) ? Une boîte aux lettres fiable ? Besoin d'une domiciliation administrative ?
- 7/ Quel est le motif de votre séjour en France (asile, travail, famille, visite, etc.) ?
- 8/ Avez-vous déjà fait un bilan de santé en France ? Avez-vous vu un médecin en France ? Où et par qui êtes-vous suivi(e) sur le plan médical en ville ? À l'hôpital ? Étiez-vous déjà suivi(e) pour des raisons de santé avant d'arriver en France ?
- 9/ Avez-vous une protection maladie ? Sinon, en avez-vous demandé une ? Quand, laquelle (AME, Sécurité sociale, CMU-C, ayant droit, etc.), et avec quelle adresse ?
- 10/ Avez-vous de la famille en France/à l'étranger (dont mariage et enfants) ? Quelles attaches familiales avez-vous déclarées aux différentes administrations françaises (préfecture, centre des impôts, CPAM, CGSS pour les DOM-TOM, CAF, etc.) ?
- 11/ Quelles démarches préfectorales et déclarations avez-vous déjà effectuées, et quelles réponses/décisions des préfectures avez-vous obtenues (titres de séjour déjà accordés, refus d'enregistrement au guichet, refus de séjour antérieurs, OQTF, etc.) ?
- 12/ Un recours en justice a-t-il déjà été exercé ? Avez-vous déjà demandé ou obtenu l'aide juridictionnelle ? Avec quel avocat ? Dans quel tribunal êtes-vous allé ?



- 13/** Avez-vous / avez-vous eu un travail, déclaré ou non, en France ?
- 14/** Avez-vous déclaré / déclarez-vous vos impôts en France (à quelle adresse, nombre de parts) ?
- 15/** Quelles sont vos ressources ? Avez-vous déjà fait des démarches pour ouvrir un compte bancaire ?

CONDITIONS DU DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

• L'évaluation médicale porte sur 3 conditions (voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 217) :

- la nécessité « d'une prise en charge médicale », qui comprend l'ensemble des moyens mis en œuvre pour la prise en charge globale de la personne malade (les médicaments, les soins, les examens de suivi et de bilan, etc.);
- le risque « d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale appropriée », qui 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 autre) d'affection;
- le risque d'absence des soins appropriés en cas de retour au pays d'origine, qui doit également être évalué individuellement en fonction de la situation clinique de la personne (stade d'évolution de la maladie, risque de complications éventuelles, etc.) et de la réalité des ressources sanitaires du pays d'origine (structures, équipements, dispositifs médicaux et appareils de surveillance, personnels compétents, stock de médicaments, etc. devant être suffisants en qualité, quantité, disponibilité et continuité effectives et appropriées).

• Cette évaluation médicale doit précéder la rédaction de tout rapport médical destiné à l'autorité médicale

(médecin de l'ARS ou, à Paris, médecin chef du service médical de la préfecture de police). S'il estime que les critères médicaux de la demande ne sont pas remplis, le médecin traitant (et/ou agréé) doit en informer le patient afin d'éviter la poursuite d'une démarche vouée à l'échec.

• Les deux autres conditions du droit à la délivrance d'une carte de séjour (avec droit au travail) pour raison médicale sont administratives :

- « L'absence de menace à l'ordre public » est une réserve concernant la délivrance de tous les titres de séjour. La notion



d'ordre public est complexe à appréhender. Alors qu'elle ne devrait concerner que les étrangers condamnés pour des délits très graves, les préfectures tendent à l'utiliser plus largement pour des délits moins graves (application à de nombreux sortants de prison), voire en l'absence de toute condamnation pénale. En pratique, il peut parfois être utile de demander à la personne de se procurer un extrait de casier judiciaire (certaines préfectures l'exigent) pour qu'elle puisse s'assurer de l'absence de risque que la préfecture lui oppose cette réserve ; - « La résidence habituelle en France » est interprétée par les préfectures comme une ancienneté de présence en France de plus d'un an en référence à la circulaire du ministère de l'Intérieur du 12 mai 1998 (CAA Bordeaux, 6 avril 2010, n° 09BX02188 ; TA Lyon, 7 mai 2012, n° 1005360), mais peut selon le juge être acquise avant un an (CAA Lyon, 12 juill. 2012, n° 11LY02636 : un Algérien installé depuis plus de 9 mois chez ses parents à la date de la décision du préfet a sa résidence habituelle en France).

• Ces deux conditions administratives (absence de menace à l'ordre public et résidence habituelle en France) ne peuvent constituer des motifs permettant aux préfectures de refuser l'enregistrement d'une demande d'admission

au séjour. En revanche, la circonstance que l'une et/ou l'autre de ces conditions administratives ne soient pas remplies peut nécessiter un accompagnement spécialisé pour déterminer les modalités et le moment de la demande. S'agissant de l'absence de résidence habituelle en France d'un demandeur atteint d'une affection grave, la préfecture doit enregistrer sa demande et saisir l'autorité médicale du rapport médical qui lui est adressé sous pli confidentiel. Au vu de l'avis rendu par l'autorité médicale, le préfet doit alors, dans le respect du secret médical, décider de délivrer ou non une autorisation provisoire de séjour (APS) pendant la durée du traitement (art. R 313-22 du Ceseda ; Titre III protocole accord franco-algérien ; circ. min. n° 2000-248 du 5 mai 2000 ; circ. min. du 12 mai 1998 ; TA Châlons-en-Champagne, 4 oct. 2012, n° 1201124-2 ; TA Lyon, 7 mai 2012, n° 1005360 ; TA Paris, 8 déc. 2011, n° 1014735/2-3). Après la délivrance d'une APS éventuellement renouvelée, et dès l'ancienneté de résidence en France de plus d'un an acquise, l'étranger pourra accéder à une carte de séjour (avec droit au travail), si son état de santé le justifie toujours. En revanche, la circonstance que l'une et/ou l'autre de ces conditions administratives ne soient pas remplies peut nécessiter un accompagnement plus spécialisé pour déterminer les modalités et le moment de la demande.



AUTRES POSSIBILITÉS D'ADMISSION AU SÉJOUR

• **Au moment de la demande, mais aussi tout au long de sa procédure d'instruction, il est indispensable d'examiner les autres possibilités d'admission au séjour** pouvant conduire, soit à les privilégier, soit à les faire valoir en même temps que la demande d'admission au séjour pour raison médicale. *(voir aussi Accès à la carte de résident de 10 ans, p. 61).*

• **L'article L 313-11 du Ceseda définit ainsi certaines catégories d'étrangers bénéficiaires d'une carte de séjour temporaire (CST) de 1 an avec droit au travail** (se reporter systématiquement aux dispositions du Ceseda ou de l'accord franco-algérien pour en vérifier les conditions précises, notamment l'exigence ou non d'entrée régulière en France) :

- jeune entré en France avant l'âge de 13 ans (L 313-11 2° Ceseda) ou 10 ans (7 bis accord fr.alg.);
- jeune confié à l'ASE avant l'âge de 16 ans (L 313-11 2° bis Ceseda);
- jeune de 16 à 21 ans né en France, y ayant résidé au moins 8 ans de manière continue, et y ayant suivi une scolarité d'au moins 5 ans depuis l'âge de 10 ans (L 313-11 8° Ceseda ou 6.6° accord fr.alg.);
- (à titre exceptionnel) jeune de 18 ans confié à l'ASE entre 16 et 18 ans justifiant d'une formation professionnelle d'au moins 6 mois (L 313-15 Ceseda);
- parent d'enfant français (L 313-11 6° Ceseda) ou ascendant direct (parents et grands parents) d'enfant français (6.4° accord fr.alg.);
- conjoint de français (L 313-11 4° Ceseda ou 6.2° accord fr.alg.);
- étranger bénéficiaire d'une ordonnance de protection en raison de violences commises par son conjoint, son partenaire lié par un pacs ou son concubin (L 316-3 Ceseda);
- étranger ayant déposé plainte ou témoignant contre une personne dans une procédure pénale pour proxénétisme ou traite des êtres humains (L 316-1 Ceseda);
- étranger titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieure à 20 % (L 313-11 9° du Ceseda ou 7 bis accord fr.alg.).

• **Les ressortissants algériens** bénéficient également de plein droit d'un certificat de résidence algérien (CRA) de 1 an avec droit au travail s'ils justifient résider en France depuis plus de 10 ans, ou plus de 15 ans s'ils y ont séjourné en tant qu'étudiant (art. 6.1° accord fr.alg.).



• **Pour les citoyens de l'Union européenne**, l'évaluation de leur situation administrative est souvent délicate. Ils peuvent disposer d'un droit au séjour sans être en possession d'un titre de séjour (sauf jusqu'à fin 2013 pour les citoyens bulgares et roumains exerçant en France une activité professionnelle) et selon des règles qui leur sont propres (*voir L 121-1 et suivants du Ceseda*).

• **Les titres de séjour (y compris « permanents ») délivrés par un autre État membre de l'UE** ne permettent pas, au-delà de 3 mois, de justifier de la régularité du séjour en France.

• **En dehors de ces situations particulières, les ressortissants étrangers peuvent fonder leur droit au séjour sur l'intensité et la stabilité de leurs liens personnels et familiaux en France** (art. 8 CEDH; art. 3.1 CIDE; art. L 313-11 7°; art. 6.5° accord franco-algérien), le cas échéant en parallèle à une demande d'admission au séjour pour raison médicale (*voir Dépôt et instruction de la demande, p. 21*).

EXISTENCE DE DÉCISIONS PRÉFECTORALES OU PÉNALES ANTÉRIEURES

• **Il est primordial de retracer le passé administratif (démarches préfectorales, mesures d'éloignement antérieures, etc.)**, voire pénal, de l'étranger avant de lui conseiller de se déplacer en préfecture pour y solliciter son admission au séjour, au risque qu'il se fasse interpellé au guichet et placé en rétention administrative (*voir Éloignement et enfermement des étrangers, p. 67*). En particulier, lorsque l'étranger a déjà fait l'objet d'un précédent refus de séjour, assorti le cas échéant d'une mesure d'éloignement (OQTF, APRF, IRTF, etc. (*voir Les mesures d'éloignement, p. 67*)) datant de plus ou de moins 1 an, il faut se procurer une copie de ces décisions (le cas échéant en la demandant aux administrations concernées, loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 sur le droit à la communication des documents administratifs) et solliciter une évaluation préalable par une association et/ou un travailleur social compétents pour déterminer les démarches à suivre compte tenu des nouveaux motifs d'admission au séjour et des pratiques des préfectures concernées.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

ADDE, Comede,

La Cimade

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

Gisti *Guide de l'entrée
et du séjour des
étrangers en France*,
Gisti,

La Découverte,
décembre 2011

INFORMATION DU DEMANDEUR

• **Au terme de cette évaluation globale, il est recommandé pour les intervenants médico-sociaux de consacrer du temps à informer l'étranger :**

- des possibilités ou non d'admission au séjour (et de leurs raisons), des pièces à réunir, des démarches à suivre (déplacements en préfecture ou courriers AR) et de leurs délais;
- des risques de rejet de la demande ou de non-renouvellement du titre de séjour (au vu de l'affection médicale, de l'évolution de la situation familiale, etc.), (*voir Éloignement et enfermement des étrangers, p. 67*), et des éventuelles autres conséquences encourues (prononcé d'une interdiction de retour sur le territoire français d'une durée de quelques mois à 5 ans, confiscation du passeport, convocations en préfecture, interpellation, rétention administrative, etc.), notamment en cas de demande déposée après une précédente mesure d'éloignement;
- de la nécessité d'informer la préfecture des éléments nouveaux (médicaux, familiaux, changement d'adresse, etc.) survenant lors de l'instruction de la demande;
- des délais et modalités de recours possibles en cas de rejet de la demande, impliquant pour les exercer une boîte aux lettres fiable pour recevoir les courriers adressés par l'administration (*voir Décisions et recours, p. 43*).

DÉPÔT ET INSTRUCTION DE LA DEMANDE

Une fois évaluée l'opportunité de la demande, ses modalités restent complexes. Les pratiques des préfetures (documents nécessaires, modalités et lieux de dépôt, délais d'instruction) varient selon le département, voire par sous-préfecture. À chaque étape de la procédure administrative, la préservation du secret médical par tous est primordiale.

ATTENTION

L'opportunité et les modalités de toute demande d'admission au séjour pour raison médicale doivent faire l'objet d'une **évaluation préalable**, le cas échéant avec le soutien d'une association ou d'un travailleur social spécialisés (voir *Évaluation des conditions de la demande*, p. 14).

PRÉSERVATION DU SECRET MÉDICAL

- **La procédure d'examen d'une demande d'admission au séjour pour raison médicale doit être suivie par tous les acteurs dans le respect du secret médical** (instruction du ministère de la Santé du 10 nov. 2011) :
 - le rapport médical sous pli confidentiel destiné au médecin de l'ARS (ou à Paris le médecin chef du service médical de la préfecture de police), unique pièce médicale de la procédure prévue par la réglementation (*voir plus loin, documents nécessaires*), doit comporter l'ensemble des informations relatives à l'état de santé et à la prise en charge du malade. Ces informations médicales n'ont pas à être portées à la connaissance des autorités administratives (préfectures, ministères);
 - les modalités de transmission du rapport médical au médecin de l'ARS (ou à Paris le médecin chef du service médical de la préfecture de police) doivent garantir la stricte confidentialité des informations médicales;
 - le médecin de l'ARS (ou à Paris le médecin chef du service médical de la préfecture de police) est garant du respect du secret médical et conserve l'ensemble des documents relatifs à l'état de santé de l'étranger; il adresse au préfet un avis médical ne devant comporter aucune information de nature à divulguer des données couvertes par le secret médical (*voir plus loin, Instruction de la demande*); dans le cas où

son avis conclut à l'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine, il reste compétent pour signaler au directeur général de l'ARS, au vu du rapport médical sous pli confidentiel qui lui a été transmis et dans le respect du secret médical, s'il existe une ou plusieurs circonstances humanitaires exceptionnelles, en lien avec l'état de santé de l'étranger et les soins requis, justifiant l'admission au séjour (instruction min. du 10 nov. 2011, point IV §7).

• **Qu'entend la loi par « circonstances humanitaires exceptionnelles » ?**

Quelles précautions prendre pour les faire valoir ?

Le nouvel article L 313-11 11° du Ceseda, dans sa rédaction issue de la loi du 16 juin 2011, a précisé que le préfet « peut » prendre en considération, après avis du directeur général de l'ARS, « *des circonstances humanitaires exceptionnelles* » pour accorder le droit au séjour à un étranger malade quand bien même le médecin de l'ARS aurait estimé que la condition « *d'absence d'un traitement approprié dans le pays d'origine* » n'est pas remplie. Selon la circulaire ministérielle du 10 novembre 2011, cette notion doit être précisée par une circulaire interministérielle non intervenue fin 2012.

Cette nouvelle rédaction issue de la loi de juin 2011 n'ajoute rien par rapport à l'obligation générale du préfet, lorsqu'il rend une décision en matière d'admission au séjour d'un étranger, de prendre en compte l'ensemble des éléments de sa situation familiale et personnelle. En outre et surtout, l'option des « *circonstances humanitaires exceptionnelles* » ne doit en aucun cas conduire à ce que les éléments relatifs à l'état de santé et à la prise en charge médicale d'une personne étrangère soient révélés, oralement ou par courrier, aux guichets et services des étrangers des préfectures lors de la demande d'admission au séjour.

RAPPORT MÉDICAL

• **Le rapport médical constitue le seul document médical exigible.** Selon la réglementation (art. R 313-22 Ceseda et arrêté du 9 nov. 2011), un 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



ATTENTION

• Si les conditions médicales de l'admission au séjour ne sont pas remplies, ce rapport médical ne doit pas être établi.

• Le coût des consultations médicales nécessaires à la rédaction du rapport médical par le médecin agréé ou le praticien hospitalier doit être pris en charge par la protection maladie de l'étranger (AME/CMU-C). Il est utile de signaler à l'ARS les cas de dépassement d'honoraires observés et/ou de refus de prise en charge parfois motivés à tort par le fait que de telles consultations relèveraient de l'expertise (non remboursable) et non du soin (voir annexe V de l'instruction du 10 nov. 2011).

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. 21). Le rapport étant délivré à sa demande et dans son intérêt, le patient a le droit d'en conserver une copie (voir *Certification médicale*, p. 217).

Attention : si la prise en charge médicale a lieu dans un établissement hospitalier, c'est au praticien hospitalier d'établir le rapport; si le médecin traitant n'est ni médecin hospitalier, ni médecin agréé, l'étranger va être contraint de lui demander de transmettre son dossier médical à un médecin agréé pour établir le rapport médical; si l'étranger est suivi pour plusieurs pathologies, le cas échéant dans plusieurs établissements différents, il est indispensable que le rapport médical en tienne compte. Dans l'intérêt du patient, il est recommandé que ce rapport médical détaille de manière précise les informations relatives à son état de santé et aux soins nécessaires (voir *Rapport médical pour le droit au séjour*, p. 217).

• **De nombreuses préfectures exigent abusivement la production d'autres documents médicaux (certificat médical, rendez-vous médical, justificatifs de prise en charge médicale de plus d'un an) pour engager la demande.** Ces exigences ne sont pas prévues par la réglementation (TA Toulouse, référés, 6 oct. 2009, n° 0904215), et risquent de favoriser la violation du secret médical (pour la différence entre rapport et certificat, voir *Rapport médical pour le droit au séjour*, p. 217).

• **Ce rapport médical ne doit pas être confondu avec le certificat médical délivré dans le cadre de la visite médicale obligatoire de l'OFII** (art. R 313-1 4° Ceseda), dont sont dispensés (art. R 313-4 Ceseda) les étrangers bénéficiaires de la procédure « étrangers malades » (voir *Asile et Immigration, guide 2008*).

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS

• **Pièces prévues par la réglementation**

(art. R 313-1 à R 313-4, R 313-20 et R 313-22) :

- « Indications relatives à son état civil, et le cas échéant, à celui de son conjoint et de ses enfants à charge », si possible par



la production d'une pièce d'état civil (extrait de naissance, acte de mariage, livret de famille) et d'un passeport en cours de validité (*en cas de défaut de pièce d'état civil et/ou de passeport, voir ci-dessous et Défaut de passeport, p.31*);

- « Trois photographies d'identité » (de face, tête nue, de format 3,5 x 4,5 cm);
- « Un justificatif de domicile » (*voir infra*);
- à ces pièces s'ajoute en pratique « un formulaire préfecture » à remplir sur place au moment de la demande, ou à retirer, ou à télécharger et à renvoyer;
- le cas échéant (entrée ou séjour irrégulier), l'acquittement d'une taxe dès le dépôt de la demande (*voir Le coût des démarches, p. 39*).

• **Visa et certificat médical délivré par l'OFII** : le demandeur en est dispensé (art. R 313-2, R 313-3 et R 313-4 Ceseda). En l'absence de preuve de son entrée régulière en France, le demandeur sera redevable de la taxe dite « visa de régularisation » (*voir Le coût des démarches préfectorales, p. 39*).

• **Souscription d'un contrat d'accueil et d'intégration (CAI)** : les étrangers malades bénéficiaires d'une carte de séjour au titre de l'article L 313-11 11° du Ceseda ne sont pas autorisés à souscrire un tel contrat (art. R 311-9 I et II du Ceseda).

• **Pièces d'état civil et passeport** : il est préférable que le demandeur puisse en justifier (acte de naissance, acte de mariage, livret de mariage, passeport en cours de validité). Toutefois, s'il est dans l'impossibilité de le faire (par exemple de produire une pièce d'état civil avec photo), il conserve le droit de déposer sa demande et de se voir délivrer une carte de séjour s'il en remplit les conditions. Dans ce cas, un recours pourra être nécessaire (*voir Défaut de passeport, p. 31*).

• **Justificatif de domicile et attestation de domiciliation.**

À défaut de pouvoir produire un justificatif de domicile récent (adresse personnelle, chez un tiers ou dans une structure d'hébergement), la réglementation prévoit expressément que les préfectures doivent enregistrer la demande sur présentation d'une attestation de domiciliation (cerfa DALO) :

- pour les citoyens UE (+EEE + Suisse) en situation régulière ou irrégulière (art. L 264-2 alinéa 3 et L 264-3 du Code de l'action sociale et des familles; circ. 12 oct. 2007 relative aux justificatifs exigibles des citoyens UE);
- pour les étrangers en situation régulière : étrangers sous

ATTENTION

Les exigences des préfectures dépassent souvent les prévisions réglementaires, ce qui provoque de nombreux retards et refus d'enregistrement des demandes, et peut nécessiter une transmission de la demande en envoi recommandé (*voir Dépôt de la demande en préfecture, p. 21*), voire un recours (*voir Décisions et recours, p. 43*).



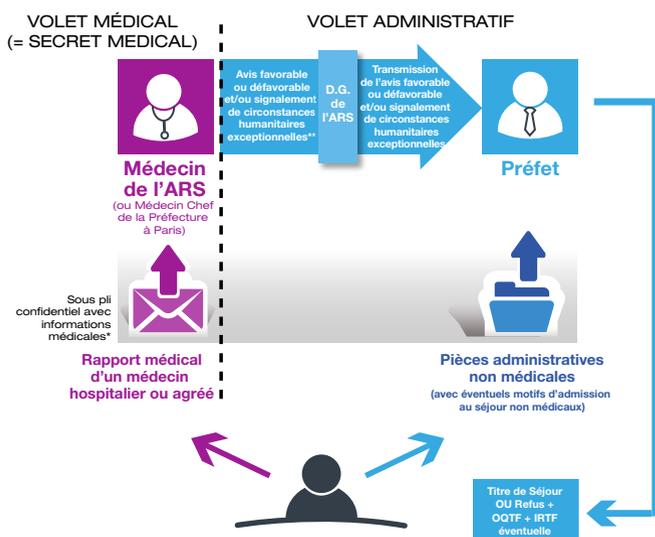
visa, dispensés de visa les 3 premiers mois, en procédure de renouvellement de leur carte de séjour pour soins, ou de changement de statut, sous récépissé, etc. (art. R 313-1 6° Ceseda; art. 6 décret n° 2000-1277; art. L 264-2 alinéa 3 et L 264-3 du Code de l'action sociale et des familles). Pour les étrangers non communautaires sans domicile stable en situation administrative irrégulière, la présentation d'une attestation de domiciliation (AME ou cerfa DALO) accompagnée d'une lettre d'un travailleur social attestant de leur précarité et de leur prise en charge sur le département doit pouvoir permettre d'enregistrer leur demande et la délivrance du titre de séjour, au regard du but légitime poursuivi de régularisation pour raison médicale et de l'interdiction des discriminations à l'encontre des personnes sans domicile stable. Un recours pourra être nécessaire.

• **Justificatif de résidence habituelle en France**

(de plus de 1 an) : l'absence de résidence habituelle en France (de plus de 1 an) du demandeur ne peut pas constituer un obstacle au dépôt de sa demande (R 313-22 Ceseda; Titre III du protocole de l'accord franco-algérien; circ. 12 mai 1998, circ. min. n° 2000-248 5 mai 2000, TA Paris, 8 déc. 2011, n° 1014735/2-3), et à la saisine de l'autorité médicale (TA Châlons-en-Champagne, 4 oct. 2012, n° 1201124-2), ni un motif automatique de refus d'admission au séjour (TA Lyon, 7 mai 2012, n° 1005360) *(voir Évaluation des conditions de la demande, p. 14, et Décision et recours, p. 43).*

• **Transmission complémentaire au préfet d'informations non médicales au soutien de la demande d'admission au séjour :**

parallèlement à la transmission exclusive au médecin de l'ARS dans le rapport médical des informations relatives à l'état de santé et aux soins requis, il est indispensable que le demandeur puisse justifier qu'il a transmis au préfet l'ensemble des informations et pièces non médicales favorables à son admission au séjour (ancienneté de présence en France, attaches familiales et/ou affectives en France et nécessité du soutien de membres de famille résidant en France, absence d'attaches et/ou situation de précarité ou risque de discrimination dans le pays d'origine, situation professionnelle et éventuel accident du travail survenu en France, etc.). En pratique, ces informations seront souvent contenues dans le formulaire préfecture rempli par l'étranger, dont il est utile qu'il en conserve une copie. Parfois, il sera nécessaire d'y ajouter l'envoi d'un recommandé précisant (avec justificatifs à l'appui) ces éléments et, le cas échéant, les autres motifs d'admission au séjour *(voir Évaluation des conditions de la demande, p. 14).*



Brochure ODSE, 2012

LE DÉPÔT DE LA DEMANDE EN PRÉFECTURE

• **Information préalable :** les formalités de dépôt (lieux et heures, modalités de dépôt, pièces exigées) varient d'une préfecture (ou sous-préfecture) à l'autre, et selon la situation du demandeur (1^{re} demande ou renouvellement, motif(s) de la demande, existence d'une précédente mesure de refus de séjour ou d'éloignement, etc.). Il convient de se renseigner préalablement afin d'anticiper les délais des files d'attente, les causes éventuelles de refus d'enregistrement et les risques encourus (confiscation de passeport, interpellation au guichet, visite pour vérifier le domicile chez l'hébergeant). Cette information préalable est également indispensable pour déterminer la date et les modalités selon lesquelles le rapport médical sous pli confidentiel va devoir être adressé à l'attention du médecin de l'ARS (ou, à Paris, du médecin chef du service médical de la préfecture de police).

• **Présentation en préfecture et/ou envoi postal :** en principe, le demandeur doit se présenter en personne à la préfecture de son lieu de résidence pour y déposer son dossier. Comme le permet la réglementation (R 311-1 alinéa 3 du Ceseda), certaines préfectures ont toutefois mis en place des procédures de dépôt par voie postale. Les courriers doivent être signés

Prise des empreintes digitales au moment de la demande :

Les articles 1 (R 311-2-1 du Ceseda) et 8 du décret n° 2011-638 du 8 juin 2011 rendent obligatoire dans toutes les préfectures, au plus tard avant juin 2013, le relevé des empreintes digitales des dix doigts de tout demandeur à un titre de séjour aux fins de conservation dans le fichier national automatisé AGDREF.



par le demandeur, qui doit en conserver une copie, et envoyés en recommandé. Dans le cas où la présentation en personne est obligatoire, l'envoi en recommandé sera toutefois utile pour actualiser en cours d'instruction les éléments favorables à l'admission au séjour; ou en cas de refus ou de report par les services préfectoraux de l'enregistrement du dossier; ou encore en cas de refus de prendre en compte plusieurs motifs d'admission au séjour ou certaines pièces favorables (voir *Décisions et recours*, p. 43).

• **Procédure de renouvellement** : le renouvellement du titre de séjour (L 313-11 1^o du Ceseda) suppose que les conditions médicales soient toujours remplies. Sauf en cas d'avis favorable donné par le médecin de l'ARS pour plus d'un an (2 voire 3 ans au maximum pour de rares catégories d'affections de longue durée), le renouvellement impose donc la même procédure que la première délivrance (transmission d'un nouveau rapport médical). Afin de pouvoir prétendre à la délivrance du récépissé avec droit au travail prévu par la réglementation, ce renouvellement doit être engagé au plus tard dans le courant des deux derniers mois (en pratique de préférence entre la 6^e et la 8^e semaine) précédant l'expiration du titre de séjour (R 311-2 4^o du Ceseda).

• **Droit à la délivrance des récépissés** : la réglementation (R 311-4 et R 311-6 du Ceseda) prévoit que l'étranger doit se voir remettre un récépissé de première demande ou de demande de renouvellement, dès l'enregistrement de son dossier en préfecture.

Le récépissé de renouvellement de la carte de séjour pour raison médicale doit inclure le droit au travail. Aucune disposition réglementaire (contrairement aux indications données par la circulaire du ministère de l'Intérieur du 5 janvier 2012) ne prévoit de subordonner la délivrance de ce récépissé à la preuve de la transmission à l'ARS du rapport médical. Il est toutefois recommandé de conserver la preuve de cet envoi. En pratique :

- le récépissé de 3 mois (sans droit au travail) de première demande d'admission au séjour est rarement délivré par les préfectures au moment du dépôt. S'il existe peu de moyens de recours individuels contre cette pratique, il est indispensable, à défaut de remise d'une attestation nominative de dépôt de dossier, de conserver une preuve du dépôt du dossier;
- le récépissé de 3 mois (avec droit au travail) de la demande de renouvellement de la carte de séjour pour raison médicale (voir *facsimilé, guide 2008*), qui permet de conserver pendant toute la durée d'instruction de la demande les droits au travail,



aux prestations sociales, etc., doit impérativement être délivré à l'étranger ayant engagé sa procédure de renouvellement dans les délais (*voir supra*). Il sera au plus tard obtenu en se présentant en préfecture le jour de l'expiration de la carte de séjour (ou de l'expiration du dernier titre de séjour ou récépissé en cours de validité en cas de changement de statut). En cas de refus de délivrance (ou de renouvellement) de ce récépissé et sans attendre, un recours en urgence doit être exercé avec le soutien d'une association et/ou d'un travailleur social et/ou d'un avocat spécialisés (*par ex. TA Montreuil, référés, 8 juin 2011, n° 1103905, Mme M* c / préfet de la Seine-Saint-Denis; ou TA Montreuil, 28 juil. 2010, n° 1007348*).

• **Étrangers hospitalisés (ou dans l'incapacité de se déplacer et/ou de subir la file d'attente)** : il faut se renseigner auprès de la préfecture concernée sur les modalités de dépôt possibles. Certaines préfectures disposent de files prioritaires et/ou acceptent le dépôt par un tiers sur présentation d'un certificat médical très récent (faisant état de l'incapacité de la personne de se déplacer ou de se maintenir dans la file d'attente; attention à préserver le secret médical). En cas de difficultés, la demande doit être envoyée en recommandé à la préfecture du lieu de résidence de l'étranger (et non du lieu de son hospitalisation), notamment afin de respecter impérativement le délai de la procédure de renouvellement et de conserver ainsi son droit à la délivrance des récépissés (*voir supra*).

• **Étrangers incarcérés** : (*voir Éloignement et enfermement des étrangers, p. 77*)

INSTRUCTION DE LA DEMANDE

• **Délais d'instruction** : ils sont variables selon les préfectures et dépassent souvent le délai de 4 mois prévu par la réglementation (R 311-12 Ceseda). Pendant l'instruction, les demandeurs sont réputés être en situation régulière et sont donc éligibles à la CMU base et complémentaire s'ils en remplissent les autres conditions (*voir Assurance maladie, p. 136*). En cas de procédure anormalement longue ou de doute sur l'instruction normale du dossier après envoi du rapport médical, il faut solliciter le secrétariat du service étrangers malades de l'ARS compétente (*Voir répertoires régionaux, Procédure étrangers malades*) pour en vérifier la bonne réception, puis le cas échéant les services de la préfecture concernée. Les délais de traitement par



les services administratifs des préfectures, après le recueil de l'avis du médecin de l'ARS, conduisent parfois à la remise tardive d'une carte de séjour dont la durée de validité est proche d'expirer.

• **Instruction médicale** : la consultation du médecin de l'ARS (ou à Paris du médecin chef du service médical de la préfecture de police) est obligatoire. Le cas échéant, il appartient au médecin de l'ARS de demander des informations médicales complémentaires au médecin rédacteur du rapport médical, puis de se prononcer en l'état du dossier (CAA Lyon, 24 avr. 2012, n° 11LY01736; CAA Lyon, 4 mars 2008, n° 07LY01151). C'est le médecin de l'ARS (ou à Paris le médecin chef du service médical de la préfecture de police) qui apprécie les conditions médicales de l'admission au séjour en instruisant le rapport médical. Au terme de son expertise, il rend un avis médical au préfet sur un formulaire spécifique (fiches n° 3 et 3 bis ci-dessous) et sans aucune indication relative à la nature de la pathologie ou du traitement (CE, 24 jan. 2007, n° 290476). Il doit se prononcer sans ambiguïté sur les 4 questions suivantes :

Fiche n° 3 (n° 3 bis à Paris), instruction ministérielle 10 novembre 2011, annexe IV

- 1/ l'état de santé du demandeur :
 - nécessite une prise en charge médicale ;
 - ne nécessite pas une prise en charge médicale ;
- 2/ le défaut de prise en charge :
 - peut entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
 - ne devrait pas entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ;
- 3/ un traitement approprié :
 - existe dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale ;
 - n'existe pas dans le pays d'origine de l'intéressé pour sa prise en charge médicale ;
- 4/ les soins nécessités par son état de santé :
 - présentent un caractère de longue durée ;
 - doivent, en l'état actuel, être poursuivis pendant une durée de (...) mois.



• **En outre, dans le cas où l'avis conclut à l'existence d'un traitement approprié dans le pays d'origine, le médecin de l'ARS peut, s'il dispose d'éléments dans le dossier du demandeur :**

- indiquer si l'état de santé de l'étranger lui permet ou non de voyager vers son pays d'origine (art. 4 arrêté 9 nov. 2011, fiches 3 et 3 bis);

- parallèlement à l'avis qu'il fournit au préfet (sur la fiche 3 ou 3 bis), indiquer au directeur général de l'ARS s'il existe une ou plusieurs circonstances humanitaires exceptionnelles à prendre en compte (instr. 10 11 2011, point IV).

• **Cet avis médical est un document communicable**

au demandeur après que le préfet a statué sur la demande d'admission au séjour. C'est au préfet destinataire de cet avis qu'il faut en demander la communication (par courrier A/R). Sans réponse au bout d'un mois, il est possible de saisir la Commission d'accès aux documents administratifs (loi n° 78-753 du 17 juill. 1978) pour en obtenir communication (Modèles de lettre de demande disponibles sur www.comede.org, rubrique Services, Formulaire et modèles). Cet avis figure également dans le dossier administratif consultable en préfecture, soit par l'étranger, soit, s'il ne souhaite pas se déplacer lui-même en préfecture, par son avocat ou encore par une personne à qui il donne pouvoir. Il est préférable de se renseigner préalablement sur les modalités de consultation des dossiers auprès de la préfecture concernée. La demande de communication de l'avis médical peut également se faire auprès du juge saisi du recours contre le refus d'admission au séjour.

• **Les commissions médicales régionales (art. R 313-23 à R 313-32 Ceseda)**, qui peuvent être réunies à la demande du médecin de l'ARS, ne sont pas opérationnelles en pratique.

• **Instruction par le préfet :** le préfet prend sa décision (*voir Décision et recours, p. 43*) au terme d'une instruction administrative prenant en compte :

- l'avis médical transmis par le médecin de l'ARS;

- le cas échéant, l'avis que lui transmet également le directeur général de l'ARS (saisi par le préfet ou informé par le médecin de l'ARS) sur l'existence d'une ou plusieurs circonstances humanitaires exceptionnelles;

- l'ensemble des éléments non médicaux relatifs à la situation de l'étranger dont il a connaissance.

**RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES,
POUR EN SAVOIR PLUS**

**ADDE, Comede,
La Cimade**

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

Aides, « Droits au séjour pour soins », Rapport de l'Observatoire étrangers malades, avril 2010, www.aides.org.

Observatoire du droit à la santé des étrangers, « Étrangers malades résidant en France, démarches préfectorales et accès aux droits après la loi sur l'immigration du 16 juin 2011 », août 2012, www.odse.eu.org

DÉFAUT DE PASSEPORT

Le passeport est un document d'identité délivré par les autorités d'un pays à ses ressortissants pour leur permettre de voyager à l'étranger (document transfrontière). Il arrive cependant que les étrangers présents en France, particulièrement les personnes ayant demandé l'asile, en soient démunis, ce qui participe de leur précarité administrative et sociale. Bien que la réglementation dispense de la présentation d'un passeport pour l'obtention d'un titre de séjour pour raison médicale (étrangers malades ou membres de familles et accompagnants de malades), la plupart des préfetures exigent ce document pour enregistrer la demande ou délivrer le titre de séjour. Si les négociations avec le pays d'origine ou avec la préfeture n'aboutissent pas, un recours doit être envisagé.

FAIRE ÉTABLIR UN PASSEPORT

ATTENTION !

L'opportunité et les modalités de toute demande d'admission au séjour pour raison médicale doivent faire l'objet d'une évaluation préalable, le cas échéant avec le soutien d'une association ou d'un travailleur social spécialisés (voir *Évaluation des conditions de la demande*, p. 14).

• **Causes du défaut de passeport.** Elles peuvent être financières (prix exorbitant demandé par certains consulats), liées à la lenteur de la procédure de délivrance du passeport par les autorités consulaires, à l'obligation de se rendre au pays d'origine, ou à l'absence de toute pièce d'état civil permettant d'identifier la nationalité. Certaines difficultés peuvent s'avérer insurmontables, notamment pour des étrangers ayant sollicité l'asile en conflit avec leurs autorités nationales, pour des membres de groupes minoritaires non reconnus (Cabinda en Angola, Biharis au Bangladesh, etc.), pour des nationalités dont la réglementation sur l'état civil a changé ou est défectueuse (Congo RD, etc.), pour des ressortissants de pays ayant disparu (Roms d'ex-Yougoslavie), ou encore pour des groupes sans représentation diplomatique en France (Sierra Leone).

• **Comment faire établir un passeport de France ?** Il faut s'adresser au consulat du pays d'origine de l'intéressé (sauf s'il a déposé une demande d'asile en cours d'instruction et/ou s'il craint des persécutions de la part des autorités de son pays).

Il est recommandé de fournir au consulat une pièce d'état civil permettant d'identifier la nationalité. Par des démarches effectuées sur place par des proches restés au pays d'origine, il est possible d'obtenir les documents demandés par le consulat et parfois d'y faire établir le passeport (dans ce cas, attention à bien conserver les preuves de présence en France car la production d'un passeport établi dans le pays d'origine va généralement conduire la préfecture à penser que l'intéressé s'y est rendu).

• **Le défaut de titre de séjour peut-il être un obstacle à la délivrance du passeport ?** En principe, non. Dans la pratique, il constitue fréquemment un obstacle à sa délivrance.

Dans ce cas, selon les pratiques consulaires ou préfectorales, les démarches peuvent être les suivantes :

- solliciter du consulat non directement un passeport mais dans un premier temps une « attestation de dépôt de demande de passeport » (ou une carte ou attestation consulaire); se rendre avec cette attestation à la préfecture qui acceptera généralement le dépôt de la demande de titre de séjour.

Puis, après la remise par la préfecture du récépissé prévu par la réglementation (*voir Dépôt et instruction de la demande, p. 21*), se rendre au consulat pour obtenir le passeport qui permettra la délivrance du titre de séjour par la préfecture;

- se déplacer au consulat (et/ou lui adresser un courrier) en faisant état des démarches préfectorales en cours, du fait que l'intéressé remplit toutes les conditions pour être admis au séjour en France et du refus de la préfecture d'enregistrer ou de délivrer le titre de séjour en raison de l'absence de passeport. La production du formulaire préfectoral indiquant les pièces à fournir, dont le passeport, pour déposer la demande peut parfois suffire dans certains consulats à déclencher la procédure de fabrication du passeport.

FAIRE UNE DEMANDE DE TITRE DE SÉJOUR SANS PASSEPORT (OU AUTRE PIÈCE D'ÉTAT CIVIL)

• **En matière d'admission au séjour pour raison médicale** (étrangers malades, et membres de familles ou accompagnants de malades), la présentation d'un passeport en cours de validité (ou même d'un justificatif d'état civil comportant une photographie de l'intéressé, ou encore d'un document officiel délivré par les autorités du pays d'origine) ne peut être imposée à un étranger pour déposer sa demande ou se voir



Réponse du ministre de l'Intérieur à une question d'un parlementaire : JOAN, question écrite n°57662 de P. Braouzec ; réponse publiée au JO le 18/6/2001, p. 3562 : « (...) la justification d'un passeport n'est pas exigée en revanche pour la délivrance d'une carte de séjour "vie privée et familiale" sur le fondement des alinéas 2/, 3/, 6/ à 11/ de l'article 12 bis de l'ordonnance (devenu L313-11 Ceseda). Le demandeur de titre de séjour doit alors fournir les indications relatives à son état civil, qui peut être justifié par la présentation de tout document et de tout élément présentant un caractère probant (...) »

délivrer une carte de séjour (CE, 30 nov. 2011, n° 351584 ; CAA Nancy, 23 avril 2012, n° 11NCO1749 ; CAA Lyon, 28 sept. 2010, n° 10LY00754 ; CAA Nantes, 20 février 2009, n° 08NTO1449 ; réponse du ministre de l'Intérieur publiée au JO le 18 juin 2001 ; circ. du ministère de l'Intérieur NOR/INT/D/02/00132/C du 5 juin 2002). En effet, la réglementation n'impose pas au demandeur de justifier qu'il est entré régulièrement en France (art. L 311-11 7°, L 311-11 11°, L 311-12 et R 313-2 et R 313-3 Ceseda). Elle ne lui impose que de fournir de manière non contestable des « indications relatives à son état civil et, le cas échéant, à celui de son conjoint et de ses enfants à charge » (R 313-1 Ceseda).

• **En pratique, de nombreuses préfectures refusent d'instruire les demandes d'étrangers démunis de passeport**

(et/ou d'autres documents d'état civil originaux avec photos), et les voies de recours sont longues et chronophages :

- il convient dans un premier temps de vérifier les raisons de l'absence de passeport et de lever les obstacles si besoin (sauf pour les demandeurs d'asile et/ou si l'intéressé craint des persécutions de la part des autorités de son pays) par une intervention auprès du consulat (*voir Ambassades et consulats, guide 2008*) ou des démarches dans le pays d'origine par l'intermédiaire de proches ;
- en cas d'impossibilité d'obtenir un passeport (ou une attestation de dépôt de demande de passeport, ou encore un autre document consulaire admis par la préfecture), il faut tenter d'obtenir l'enregistrement de la demande (et/ou la délivrance de la carte) en justifiant auprès des responsables du service des étrangers de la préfecture concernée, par présentation en personne et envoi recommandé, de la réglementation dispensant de l'obligation de présentation d'un passeport (*voir supra*), des motifs du défaut de passeport et le cas échéant des démarches effectuées auprès des autorités consulaires (modèle de lettre sur www.comede.org, rubrique Services) ;
- en cas de refus des autorités consulaires et préfectorales, un recours contentieux doit être envisagé avec l'aide d'une association et/ou d'un travailleur compétent et l'appui d'un avocat (payant sauf pour les bénéficiaires de l'Aide juridictionnelle, *voir Aide juridictionnelle, guide 2008*) ;
- la pertinence de la demande (*voir Évaluation des conditions de la demande, p. 14*) et la valeur non contestable « des indications d'état civil » fournies par le demandeur doivent être préalablement (re)vérifiées ;
- le dépôt d'un recours contentieux bien argumenté peut



conduire l'administration à revenir rapidement sur sa décision. Dans le cas contraire, l'issue du recours sera longue (1 à 2 ans); sauf obtention d'une décision de justice en urgence dans un délai de 1 à 3 mois (référé urgence possible en matière de refus de renouvellement d'admission au séjour notamment en cas de demande de carte de séjour pour soins d'un demandeur d'asile débouté encore sous récépissé; mais difficile en cas de refus d'enregistrement d'une première demande d'admission au séjour ou de délivrance d'une APS au lieu d'une première carte de séjour avec droit au travail, voir toutefois décisions favorables TA Toulouse, 30 nov. 2012, n°1204785; TA Toulouse, 25 juin 2012, n°1202698 et n°1202739, privation de prestations sociales et difficultés de logement en raison du maintien sous titre de séjour précaire; ou encore CE, n°231801, 28 déc. 2001).

Décision du Conseil d'État : 30 novembre 2011, n° 351584

« Considérant que la présentation d'un passeport en cours de validité ne saurait être imposée à un étranger qui sollicite, sur le fondement des dispositions du 11° de l'article L 313-11 du Ceseda, l'octroi d'une carte de séjour temporaire portant la mention vie privée et familiale en qualité d'étranger malade, comme une condition pour la délivrance de cette carte. »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

**ADDE, Comede,
La Cimade**

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

DEMANDE D'ASILE ET AFFECTION GRAVE

Lorsqu'un demandeur d'asile découvre, à l'occasion d'un soin ou d'un bilan de santé, qu'il est atteint d'une affection grave, il doit être informé du droit au séjour pour raison médicale. Selon la loi, rien ne s'oppose à ce qu'il sollicite alors son admission au séjour pour raison médicale, soit pendant, soit à l'issue de l'examen de sa demande d'asile. Face aux refus fréquents des préfetures d'instruire les demandes d'admission au séjour pour soins des demandeurs d'asile, sauf à leur demander de se désister de leur demande d'asile, certaines précautions indispensables doivent être prises, avec une vigilance particulière s'agissant des demandeurs d'asile placés sous procédure dite Dublin II.

ATTENTION

Le droit au versement de l'ATA à un demandeur d'asile, titulaire non d'un récépissé de demande d'asile mais d'une CST VPF ou d'une APS en tant qu'étranger malade, peut être remis en cause par les services de Pôle emploi (art. L 5423-8 du Code du travail). Un recours auprès de la Direction de la réglementation nationale de Pôle emploi doit en principe lever cet obstacle (*voir aussi art. L5423-11 du Code du travail*).

DROIT À LA DOUBLE DEMANDE D'ADMISSION AU SÉJOUR AU TITRE DE L'ASILE ET POUR RAISON MÉDICALE

• Selon la réglementation, rien n'interdit à un demandeur d'asile de solliciter son admission au séjour pour raison médicale

et de se voir délivrer la carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » s'il en remplit l'ensemble des conditions, soit en tant qu'étranger malade (art. L 313-11 11° Ceseda), soit en tant que membre de famille ou accompagnateur d'un malade (article L 313-11 7° Ceseda). Les pratiques des préfetures subordonnant l'instruction d'une telle demande au désistement de la demande d'asile, ou refusant la délivrance de la carte de séjour tant qu'il n'a pas été statué définitivement sur la demande d'asile, n'ont pas de fondement légal (CAA Paris, 26 mai 2011, n° PA03221; TA Paris, 5 avril 2006, n° O115565/3; TA Cergy-Pontoise, 31 juil. 2003, n° O204943; TA Cergy-Pontoise, référés, 29 oct. 2002, n° O204942). Ce droit s'applique que l'examen de la demande d'asile ait lieu en procédure normale (demandeur d'asile titulaire d'un récépissé asile) ou en procédure prioritaire (*voir infra*).

• **Dans ces conditions, si un demandeur d'asile souhaite demander son admission au séjour pour raison médicale, un certain nombre de précautions doivent être prises :**

- il faut évaluer les conditions médicales de l'admission au séjour (voir *Évaluation préalable des conditions de la demande*, p. 14), et l'opportunité, tant thérapeutique qu'au regard de la demande d'asile, de faire valoir ce motif au cours ou plutôt en fin de procédure d'asile;
- il ne faut pas céder à la pression des préfetures de renoncer à la demande d'asile;
- il faut informer l'étranger que la reconnaissance symbolique et la protection accordée par le statut de réfugié (avec carte de résident) ont des intérêts bien supérieurs à la protection offerte par la carte de séjour temporaire délivrée pour motif médical;
- il est inutile de signaler ces motifs médicaux à l'Ofpra ou à la CNDA, dès lors qu'ils sont sans rapport avec les raisons de l'exil et les craintes de persécution en cas de retour au pays d'origine. Au contraire, cette information peut desservir la crédibilité de la demande d'asile.

• **En cas de refus d'enregistrement de la demande pour raison médicale, ou de refus de délivrer la carte de séjour (notamment après avis favorable du médecin de l'ARS), un recours contentieux peut être envisagé** avec le concours d'un avocat compétent (voir *Aide juridictionnelle, guide 2008*). Sauf possibilité d'un recours en référé (jugé en 1 à 3 mois), l'issue du recours contentieux interviendra le plus souvent après la décision définitive (favorable ou défavorable) sur l'asile.

• **En toute hypothèse, la précaution la plus indispensable est de pouvoir établir que le préfet a été informé, avant qu'il ne prononce une OQTF suite au rejet de la demande d'asile, que l'état de santé de l'étranger justifie son admission au séjour pour raison médicale.** Si cette précaution est prise, le préfet aura alors l'obligation de délivrer au demandeur un récépissé (voir *Dépôt et instruction de la demande, Droit à la délivrance des récépissés*, p. 21) et de saisir le médecin de l'ARS (à défaut l'OQTF pourra être annulée pour vice de procédure). En pratique, il est donc indispensable :

- soit de conseiller au demandeur d'asile de tenter de déposer sa demande d'admission au séjour pour raison médicale en préfecture et, en cas de blocage, d'en saisir le préfet par lettre A/R au plus tard dans les jours suivant l'audition à la CNDA (ou à l'Ofpra en l'absence de volonté de faire appel devant la CNDA);

Sous réserve de pouvoir justifier d'une résidence en France depuis plus d'un an 46, la délivrance d'une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale » au demandeur d'asile en cours de procédure va lui permettre de plein droit de travailler en France, et donc d'échapper à l'extrême précarité dans laquelle vivent la plupart des demandeurs d'asile.



Pour consulter des modèles de lettres au préfet sur la double demande asile/soins :

voir www.comede.org, rubrique Services, Formulaires et modèles.

- soit, au plus tard dans les jours suivant l'audition à la CNDA (ou à l'Ofpra en l'absence de volonté de faire appel devant la CNDA), d'informer le préfet par lettre A/R que le demandeur d'asile relève des dispositions de l'article L 313-11 11° (ou d'autres dispositions telles que l'article L 313-11 7°) du Ceseda et qu'il va se présenter en préfecture pour y déposer sa demande pour raison médicale.

• **Dans tous les cas, le secret médical doit être préservé :** aucune information relative à l'état de santé ou à la prise en charge médicale du demandeur ne doit être révélée au bureau des étrangers. Un certificat médical non descriptif (CND, voir *Rapport pour le droit au séjour pour raison médicale, p. 217*) peut accompagner la lettre adressée en A/R au préfet. Un rapport médical sous pli confidentiel (RMSPC) à l'attention du médecin de l'ARS sera adressé selon les modalités indiquées par la préfecture.

• **Il ne faut donc pas attendre la notification de l'OQTF suite au rejet définitif de la demande d'asile** pour faire valoir les motifs médicaux d'admission au séjour. Si le cas se produit, il convient d'entreprendre à la fois un recours contentieux contre l'OQTF prise au titre de l'asile et un recours gracieux au préfet valant demande d'abrogation de l'OQTF pour éléments médicaux nouveaux (voir *Décisions administratives et recours, p. 43*).

CAS PARTICULIER DES DEMANDEURS D'ASILE SOUS PROCÉDURE DUBLIN II (VOIR DUBLIN II ET PROCÉDURES PRIORITAIRES, GUIDE 2008)

• **Les demandeurs d'asile placés sous procédure dite Dublin II, avant ou après la réponse de l'État considéré comme responsable de leur demande d'asile, peuvent faire valoir des motifs médicaux imposant leur maintien en France.** La procédure à mettre en œuvre est toutefois complexe et nécessite le soutien d'un travailleur social et/ou d'une association spécialisée qui pourra faire le lien avec un avocat désigné à l'aide juridictionnelle.

• **Les demandeurs d'asile peuvent tout d'abord demander la non-application pour raisons de santé des procédures de transfert prévues par les accords de Dublin II** (le cas échéant par un recours contentieux et/ou gracieux contre l'arrêté préfectoral de réadmission pris à leur encontre). Ils peuvent ainsi faire valoir :



- que leur état de santé, ou celui d'un des membres de leur famille, ne permet pas de supporter une interruption même brève de leur traitement (TA Paris, 29 oct. 2010, n° 1018673), et/ou de voyager sans risque vers le pays responsable de leur demande d'asile en application des accords de Dublin II (TA Paris, référés, 9 oct. 2010, n° 1017635/9);

- que l'administration ne peut régulièrement prolonger le délai initial de transfert de 6 mois, dans la mesure où l'absence de transfert n'est pas imputable à une fraude de l'intéressé mais à la nécessité de recevoir des soins appropriés en France (CE, référés, 17 sept. 2010, n° 343184; TA Melun, référés, 24 déc. 2010, n° 1008788/8).

• Comme les autres demandeurs d'asile, les personnes placées sous procédure Dublin II peuvent également, en parallèle à leur demande d'asile relevant de la responsabilité d'un autre État membre, demander leur admission au séjour en France pour raison médicale,

soit en tant qu'étranger malade (art. L 313-11 11° Ceseda), soit en tant que membre de famille ou accompagnateur d'un malade (art. L 313-11 7° Ceseda). Dans ce cas, il a longtemps été considéré que le préfet pouvait demander au médecin de l'ARS de se prononcer sur les possibilités de soins appropriés par rapport au pays responsable de la demande d'asile au titre des accords de Dublin II. Le médecin de l'ARS apprécie alors les possibilités de soins appropriés, non pas au regard de la situation générale des ressortissants de ce pays, mais en tenant compte du statut administratif particulier de l'intéressé en cas de renvoi (situation irrégulière, demandeur d'asile, placement en rétention, etc.). Dans une décision récente, le juge administratif a toutefois considéré que le médecin de l'ARS devait toujours se prononcer par rapport au pays d'origine (et non au pays de réadmission au titre des accords de Dublin II) en cas de demande fondée sur l'article L 313-11 11° du Ceseda (CAA Nancy, 3 mai 2012, n° 11NC01224).

Enfin, s'ils se désistent de leur demande d'asile, ils doivent être en mesure de solliciter leur admission au séjour dans les conditions ordinaires. Dans tous les cas, et sauf procédure contentieuse (*voir Recours p. 43*), le secret médical doit être préservé (*voir supra*).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

ADDE, Comede, La Cimade

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

Comede,
Rapports d'activité et d'observation,
www.comede.org

Observatoire du droit à la santé des étrangers,
Rapports d'observation,
www.odse.eu.org

LE COÛT DES DÉMARCHES PRÉFECTORALES

Les taxes à payer par les étrangers lors des démarches préfectorales ont augmenté de manière considérable ces dernières années. Afin de ne pas subir des erreurs administratives, mais surtout pour mieux informer les personnes concernées, il est nécessaire d'évaluer avec eux le coût que vont occasionner les démarches d'admission au séjour, notamment pour raison médicale, coût qui varie en fonction de chaque situation. Il est fréquent que la situation de précarité des étrangers demandeurs empêche qu'ils puissent s'acquitter des sommes dues.

COÛT À PAYER

• **Le coût total à payer (en timbres fiscaux ordinaires) lors d'une démarche préfectorale d'admission au séjour se calcule en additionnant 3 taxes :**

- la taxe dite « visa de régularisation » en cas d'entrée ou de séjour irrégulier (art. L 311-13 D du Ceseda; circ. min. du 12 janv. 2012 et modificative du 31 déc. 2012);
- la taxe OFII sur les titres de séjour (art. L 311-13 A et D 311-18-1 du Ceseda; circ. min. du 12 janv. 2012 et modificative du 31 déc. 2012);
- le droit de timbre sur les cartes de séjour (art. L 311-16 du Ceseda).

• **Les citoyens de l'UE et assimilés (EEE et Suisse) ne sont pas assujettis au paiement de ces taxes** (art. 25 directive 2004/38/CE; circ. min. du 12 janv. 2012 et modificative du 31 déc. 2012). La taxe dite « visa de régularisation » doit être payée par les personnes qui sont entrées (personnes entrées en France sans visa alors qu'elles y étaient soumises) ou ont séjourné irrégulièrement en France. Elle ne concerne donc pas les personnes demandant le renouvellement de leur admission



au séjour (ou encore celles obtenant un titre de séjour après annulation par le juge d'un refus de renouvellement d'admission au séjour). Son montant (au 1^{er} oct. 2012) est de :

- 50 €, non remboursés même en cas de rejet de la demande, à payer au moment du dépôt/de l'envoi du dossier auprès de l'administration préfectorale;
- 290 € complémentaires en cas de régularisation, à payer au moment de la remise du titre de séjour (carte de séjour temporaire ou autorisation provisoire de séjour). En cas de renouvellement de titre de séjour demandé après l'expiration du précédent titre de séjour, l'étranger devra acquitter la somme de 180 €, au titre du visa de régularisation, lors du retrait de son nouveau titre de séjour (art. L 311-13 D du Ceseda).

La taxe Ofii doit être payée au moment de la remise de la carte de séjour (elle ne concerne pas les APS).

Son montant (annuel) varie selon le motif de la délivrance du titre de séjour et selon qu'il s'agit d'une première délivrance ou d'un renouvellement.

- **Le droit de timbre de 19 € est à payer à chaque remise d'une carte de séjour** (il ne concerne pas les APS).

Récapitulatif des taxes à acquitter lors des démarches préfectorales pour l'admission au séjour pour raison médicale (au 1.02.2013)

	Taxes OFII	Droit de timbre	Visa de régularisation (si entrée et/ou séjour irrégulier)	Total
1 ^{re} délivrance carte de séjour (CST VPF) au titre étranger malade	exemption	19€	340€	19€ ou 359€ si visa de régularisation
Renouvellement carte de séjour (CST VPF) au titre étranger malade	87€	19€	néant	106€
Renouvellement carte de séjour (CST VPF) au titre étranger malade demandé après expiration de la précédente carte de séjour	87€	19€	180€	286€
Délivrance APS au titre étranger malade	exemption	néant	340€	néant ou 340€ si visa de régularisation
1 ^{re} délivrance carte de séjour (CST VPF) au titre membre de famille ou autre acc. de malade	241€	19€	340€	260€ ou 600€ si visa de régularisation



	Taxes OFII	Droit de timbre	Visa de régularisation (si entrée et/ou séjour irrégulier)	Total
Renouvellement carte de séjour (CST VPF) au titre membre de famille ou autre acc. de malade	87 €	19 €	néant	106 €
Renouvellement carte de séjour (CST VPF) au titre membre de famille ou autre acc. de malade demandé après expiration de la précédente carte de séjour	87 €	19 €	180 €	286 €
1 ^{re} délivrance ou renouvellement APS L 311-12 Ceseda (parent enfant mineur étranger malade)	exemption	néant	340 €	néant ou 340 € si visa de régularisation

QUE FAIRE EN CAS DE PAIEMENT INDU ?

• **En cas d'erreur des services préfectoraux sur le montant des taxes réclamées**, il convient d'abord de revérifier les sommes demandées en fonction de la situation particulière de chaque demandeur (entrée et/ou séjour régulier ou non, première délivrance ou renouvellement, nature et motif du titre de séjour délivré) et de l'actualisation du montant des trois taxes applicables. Le cas échéant, faute de pouvoir se renseigner par téléphone, un courrier expliquant le montant total dû (à décomposer en fonction des trois taxes) et l'erreur apparemment commise pourra être rédigé à l'attention des services de la préfecture lors de la convocation pour la remise du titre de séjour. En cas de paiement indu afin d'obtenir le titre de séjour, une réclamation pourra être adressée aux services de la préfecture (régisseur des recettes) dans les cinq ans afin d'obtenir le remboursement.

• **Que faire en cas d'impossibilité de payer ?**

L'augmentation des sommes demandées pour la régularisation rend très difficile leur acquittement par les étrangers résidant en France dans des conditions très précaires. Elle accroît considérablement les demandes de prise en charge auprès des services sociaux et des associations qui ne sont en mesure d'y répondre que très ponctuellement (par ex., un couple



d'étrangers obtenant leur régularisation par la délivrance d'une première carte de séjour temporaire mention vie privée et familiale en raison de l'état de santé de leur enfant devra s'acquitter de la double somme de 600 €, soit un total de 1200 €).

• **Pourtant, alors qu'elle subordonne la remise du titre de séjour au paiement des taxes dues, la réglementation ne prévoit plus expressément de cas de dispense** (comme c'était le cas en matière de droits dits chancellerie selon l'annexe 1 III du décret n° 81-778 du 13 août 1981 indiquant « A - la gratuité est acquise de plein droit : 1° en cas d'indigence justifiée du requérant »).

• **Dans ces conditions, dans le cas où la remise d'un titre de séjour serait ainsi refusée à un étranger du fait de son impossibilité à payer**, il doit à tout le moins se voir remettre un récépissé (avec droit au travail pour lui permettre de s'acquitter des sommes dues). Une lettre demandant la délivrance du titre de séjour et expliquant la situation de précarité financière de l'étranger en la mettant en rapport avec les taxes demandées pourra aussi être adressée en recommandé à la préfecture (avec peu de chances d'obtenir une réponse favorable). Si la situation de précarité et de refus de remise d'un titre de séjour (autorisant à travailler) se prolongeait, un recours pourrait être étudié avec l'aide d'une association spécialisée et l'appui d'un avocat.

DÉCISIONS ADMINISTRATIVES ET RECOURS

La décision administrative appartient au préfet après avis du médecin de l'agence régionale de santé (ARS). Les services de la préfecture doivent enregistrer et instruire la demande. Si les conditions légales de l'admission au séjour pour raison médicale sont remplies, le préfet doit délivrer la carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale ». En cas de refus par le préfet d'instruire la demande et/ou de délivrer la carte de séjour, l'opportunité d'un recours doit être évaluée en respectant strictement les délais applicables, qui peuvent être très courts (1 mois voire 48 heures).

REFUS D'ENREGISTREMENT OU D'INSTRUCTION DE LA DEMANDE

• Le préfet doit instruire et rendre une décision, d'admission ou de refus de séjour, au vu :

- de l'avis médical transmis par le médecin de l'ARS (ou à Paris par le médecin chef du service médical de la préfecture de police);
- de l'ensemble des éléments non médicaux portés à sa connaissance (*voir Dépôt et instruction de la demande, p. 21*);
- et le cas échéant de l'avis du DG de l'ARS sur l'existence d'une ou plusieurs de circonstances humanitaires exceptionnelles.

• Si les services de la préfecture refusent d'enregistrer la demande ou de l'instruire (*voir Dépôt et instruction de la demande, p. 21*), il est recommandé :

- de vérifier les dates et modalités des démarches déjà effectuées auprès des services de la préfecture et de l'ARS (dont les courriers déjà envoyés ou reçus), ainsi que l'éventuelle perte du dossier par les services;
- de vérifier l'opportunité de la demande, notamment au regard de ses conditions médicales (*voir Évaluation préalable des conditions de la demande, p. 14*);



- de vérifier la cause du dysfonctionnement des services de la préfecture (refus illégal d'instruire une demande pour défaut de passeport, pour défaut de justificatif de résidence habituelle en France depuis plus d'un, pour défaut de justificatif d'adresse autre qu'une attestation de domiciliation administrative; ou encore en cas de procédure d'asile en cours, de mesure d'éloignement antérieure, ou de demande concernant un citoyen de l'UE, etc.);
- d'essayer d'y remédier notamment, s'ils sont joignables, en prenant attache (téléphone, télécopie, voire dans certains cas accompagnements sur place) avec les services de la préfecture afin d'échanger sur la réglementation applicable;
- si le blocage persiste, de saisir les services de la préfecture de la demande par un courrier recommandé (en conserver une copie signée du demandeur), précisant les démarches effectuées (dates et modalités) et les motifs d'admission au séjour (L 313-11 11° Ceseda, etc.). Ce courrier aux services administratifs de la préfecture doit impérativement respecter le secret médical et ne pas révéler d'informations relatives à l'état de santé et à la prise en charge du demandeur. Un certificat médical non descriptif (CND) du médecin traitant peut utilement y être joint (*voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 217*), le courrier précisant que le demandeur est dans l'attente de transmettre le rapport médical sous pli confidentiel au médecin de l'ARS dans les conditions que le préfet voudra bien lui indiquer;
- d'évaluer avec un travailleur social et/ou une association spécialisée les possibilités d'un recours contentieux y compris en urgence (jugement en 2 ou 3 mois), rendant nécessaire le recours à un avocat (payant, ou à l'aide juridictionnelle *voir Aide juridictionnelle, guide 2008*).

• **Si le refus d'enregistrement ou d'instruction de la demande concerne un étranger en séjour régulier** (demande de renouvellement, demandeur sous récépissé asile demandant son admission au séjour pour raison médicale, changement de statut, par exemple d'étudiant à étranger malade, etc.), il faut veiller à conserver la preuve que les démarches en préfecture (ou l'envoi postal de la demande en cas de procédure par correspondance) ont bien été effectuées dans les deux mois (4 à 8 semaines de préférence) précédant l'expiration du dernier titre de séjour ou récépissé. En pratique, soit une attestation de ces démarches sera délivrée par les services de la préfecture, soit il faudra en attester par l'envoi d'un courrier en recommandé (*voir supra*). En outre, tant l'envoi de ce courrier que l'évaluation de l'opportunité d'un recours (recours contentieux en urgence très souvent possible) permettant d'éviter la rupture

Le secret médical doit être préservé

Les échanges et courriers (demandes, recours) avec les services administratifs de la préfecture ne doivent pas révéler d'informations médicales.

Pour consulter des **modèles de courrier** : voir www.comede.org, rubrique Services, Formulaires et modèles. Pour vérifier l'actualité de ces modèles, les précautions à prendre et les possibilités de recours : voir *Permanence téléphonique du Comede « Droits Soutien Accès aux Soins » p. 7*.



des droits au séjour, au travail et aux prestations sociales, devront être réalisés si possible au plus tard dans les jours suivants l'expiration du dernier titre de séjour ou récépissé (voir *Dépôt et instruction de la demande, droit à la délivrance des récépissés*, p. 21).

ADMISSION AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE : CARTE DE SÉJOUR TEMPORAIRE (CST) ET NON APS

- **En pratique, l'étranger admis au séjour est convoqué par écrit par la préfecture pour venir retirer sa carte de séjour**, le lieu de convocation pouvant être différent du lieu de demande. C'est lors de cette convocation que vont lui être réclamés le montant complémentaire du droit de « visa de régularisation », la taxe OFII et le droit de timbre, qui devront être acquittés en timbres fiscaux ordinaires (voir *Le coût des démarches préfectorales*, p. 39).

- **Une carte de séjour temporaire (CST) doit être délivrée lorsque les conditions légales (L 313-11 1^o Ceseda) sont remplies** (voir *Évaluation préalable des conditions de la demande*, p. 14). Elle porte la mention « vie privée et familiale » commune aux autres motifs d'admission au séjour de l'article L 313-11 du Ceseda (ce qui permet l'absence de révélation au tiers du statut « d'étranger malade » de l'étranger). Cette carte de séjour permet d'exercer de plein droit toute activité professionnelle.

- **La durée de validité de la CST** doit être équivalente à la durée nécessaire des soins évaluée par le médecin de l'ARS (circ. min. du 12 mai 1998 et du 5 mai 2000) dans la limite maximum d'une année (L 313-1 Ceseda).

- **La délivrance d'une autorisation provisoire de séjour (APS le plus souvent de 3 à 6 mois) ou d'un autre titre de séjour (carte de séjour visiteur ou salarié, etc.), à la place d'une carte de séjour temporaire mention vie privée et familiale, ne peut concerner que les étrangers qui ne justifient pas de leur résidence habituelle en France.** Cette condition est interprétée par les préfectures comme une résidence de moins d'un an en France (circ. min. du 11 mai 1998). La délivrance d'une APS, souvent sans droit au travail et qui ne permet pas de bénéficier de tous les droits sociaux, notamment l'allocation adulte handicapé (AAH), à la place d'une CST, constitue

ATTENTION AUX MOTIFS DES CONVOCATIONS EN PRÉFECTURE

Une convocation en préfecture peut avoir des motifs variés : remise d'un titre de séjour ou d'un récépissé, notification d'un refus de séjour avec délai de recours de 48 heures ou d'un mois, confiscation du passeport, interpellation et placement en CRA (voir p. 81). Bien lire la lettre de convocation et les pièces demandées, et se renseigner sur les pratiques préfectorales variables d'une préfecture à l'autre.



une pratique très répandue dans certaines préfectures quand bien même l'intéressé(e) réside en France depuis plus d'un an. Après évaluation de la situation et formalisation d'une lettre A/R valant recours gracieux au préfet, cette pratique justifie un recours contentieux avec le soutien d'un avocat (*voir Aide juridictionnelle, guide 2008*). Le juge administratif donne alors raison au demandeur démontrant sa résidence en France depuis plus d'un an (CE, 28 décembre 2001, n° 231801; TA Toulouse, 3 mai 2012, n° 1104912; a contrario CAA Bordeaux, 6 avr. 2010, n° 09BX02188, etc.), ainsi que dans certaines circonstances lorsque cette durée est moindre (CAA Lyon, 12 juill. 2012, n° 11LY02636 : a droit à une carte de séjour d'un an car ayant sa résidence habituelle en France un Algérien installé chez ses parents depuis 9 mois à la date de la décision du préfet).

• **S'agissant des Algériens**, le préfet a l'obligation de leur délivrer un certificat de résidence algérien (CRA) d'un an (*article 6.7° accord fr.-alg.*; CAA Lyon, 9 déc. 2008, n° 06LY01344; TA Marseille, 22 nov. 2011, n° 1104936; CAA Lyon, 12 juill. 2012, n° 11LY02636), sauf défaut de résidence habituelle en France justifiant alors la délivrance d'une APS de 3 à 6 mois (titre III du protocole à l'accord fr.-alg.; CAA Marseille, 14 avr. 2011, n° 10MA00700).

• **Dans l'hypothèse où la délivrance d'une APS (et non d'une CST) est possible en raison de l'absence de résidence en France du demandeur depuis plus d'un an**, cette APS peut être renouvelée pendant la durée des soins et doit être transformée en CST dès la condition d'un an de résidence en France remplie. Cette APS (*voir facsimilés, guide 2008*) ne doit pas comporter de mention, du type « pour soins », permettant au tiers d'identifier le statut d'étranger malade de son bénéficiaire. Ce dernier peut s'adresser aux services des étrangers de la préfecture pour solliciter une autorisation provisoire de travail (APT) sur présentation d'un contrat de travail ou d'une promesse d'embauche (circ. min. 5 mai 2000), la réglementation étant floue et les pratiques des préfectures variables sur les modalités d'instruction de cette demande.



REFUS D'ADMISSION AU SÉJOUR ET RECOURS CONTENTIEUX CONTRE UNE OQTF

Les recours contentieux (délais de recours, formalisation d'une demande d'aide juridictionnelle, possibilités d'obtenir une décision de justice en urgence) nécessitent des connaissances spécifiques :

obtenir le soutien d'une association et/ou d'un travailleur social compétents, pouvant faire le lien avec un avocat spécialisé, est indispensable (voir *Associations spécialisées, guide 2008, et répertoires régionaux*).

• **Le refus d'admission au séjour se matérialise généralement par la notification d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) (voir *Les mesures d'éloignement, p. 67*).**

En cas de rejet d'une demande d'admission au séjour sans OQTF (on parle alors d'invitation à quitter le territoire ou IQF), ce qui est très rare, les développements ci-dessous restent valables (le délai de recours, mentionné sur la décision, est toutefois de 2 mois).

• **Il est important de bien lire la décision administrative pour connaître (voir *facsimilés, OQTF, guide 2008*) :**

- les motifs de la demande et du refus (sous les paragraphes commençant par « *Considérant que* » la décision résume la situation administrative et familiale du demandeur et, un peu plus loin, les réponses données par le médecin de l'ARS dans son avis médical);
- les voies et délais de recours (souvent indiqués au verso de la décision), ce qui permettra de déterminer le degré d'urgence; si la décision ne mentionne pas les voies et délais de recours, aucun délai de recours n'est opposable à l'étranger;
- l'existence éventuelle d'une interdiction de retour sur le territoire français (IRTF) accompagnant l'OQTF (indiquée en fin de décision sous le paragraphe intitulé « ARRÊTE »);
- le délai de départ volontaire, qui est en principe d'un mois (indiqué en fin de décision sous le paragraphe intitulé « ARRÊTE »).

• **Le délai de recours contentieux contre une OQTF est de 30 jours à compter, non de la date figurant sur la lettre de refus, mais de la remise du pli postal en A/R à l'étranger ou à un tiers autorisé à se voir remettre ce pli** (en cas de notification non postale et de délai de recours de 48 heures, voir *infra*). Il convient de vérifier rapidement (justificatif postal à l'appui) le jour de la réception de la décision par l'étranger (pour information, muni du numéro de l'A/R, il est possible de consulter et d'imprimer la date de remise sur le site Internet de la poste : <http://www.laposte.fr/Particulier/Profiter-de-nos-services-en-ligne/Suivre-vos-envois>). Si l'étranger n'est pas allé retirer son recommandé au bureau de poste pendant le délai de garde de 14 jours, le courrier retourne à l'administration et est réputé notifié le premier jour de la présentation à l'adresse



postale (date de l'avis de passage). Ce délai ne court toutefois pas si l'administration a commis une erreur dans le libellé de l'adresse postale de l'étranger, ou si elle ne lui a pas notifié à sa dernière adresse postale à condition que l'étranger puisse prouver qu'il l'a informée de cette adresse.

• **Afin de s'engager dans un recours utile, il est indispensable que l'étranger remplisse les conditions (médicales ou autres) pour bénéficier d'un droit au séjour** (voir *Évaluation préalable des conditions de la demande*, p. 14), et/ou qu'il puisse être protégé contre le prononcé ou l'exécution d'une mesure d'éloignement (voir *Éloignement et enfermement des étrangers*, p. 67).

• **En pratique, le dépôt contre attestation (ou l'envoi en A/R) d'une demande d'aide juridictionnelle (AJ) au bureau d'aide juridictionnelle doit impérativement intervenir dans le délai de 30 jours suivant la notification postale de l'OQTF.** Cette demande d'AJ interrompt le délai de 30 jours, et un nouveau délai de 30 jours s'ouvrira pour déposer le recours devant le tribunal à compter de la notification de la décision (favorable ou défavorable) du bureau d'AJ (voir *Aide juridictionnelle, guide 2008*). Dans l'hypothèse où l'attribution de l'AJ ne serait pas possible (ressources du foyer au-dessus du plafond de l'AJ, etc.), le recours (« requête ») doit parvenir (en A/R) au tribunal administratif avant l'expiration du délai de 30 jours : en cas d'urgence, il peut être faxé, à condition d'être régularisé (envoi de 3 exemplaires dont 1 original au tribunal) dans les meilleurs délais. Il peut également être déposé dans la boîte aux lettres du tribunal après avoir été horodaté (chaque tribunal administratif dispose d'un horodateur et d'une boîte aux lettres accessibles vingt-quatre heures sur vingt-quatre). Attention : l'envoi au tribunal d'un recours contre une OQTF avant le dépôt d'une demande d'AJ au bureau d'AJ fait obstacle au bénéfice de l'AJ (L 512-1) et doit être évité si la personne peut bénéficier de l'AJ et n'est pas en mesure de payer les honoraires d'un avocat.

• **En cas d'OQTF notifiée par la voie administrative (au guichet de la préfecture ou par l'entremise d'un fonctionnaire de police) et assortie d'un délai de recours contentieux de 48 heures,** l'étranger doit impérativement faire parvenir son recours au tribunal (par fax ou dépôt dans la boîte aux lettres après horodatage; éviter tout envoi A/R) dans le délai de 48 heures (délai d'heure à heure). Ce recours signé par l'étranger devra mentionner qu'il demande l'aide juridictionnelle, préciser une adresse fiable où recevoir

ATTENTION

Bien retirer à la poste les envois recommandés dans le délai de garde de 14 jours

ATTENTION

L'exercice d'un recours administratif (gracieux et/ou hiérarchique) n'interrompt pas le délai de recours contentieux de 30 jours contre une OQTF.



En cas d'OQTF assortie d'un délai de recours de 48 heures, consulter les modèles de recours et les précautions à prendre avant et après l'envoi du recours sur www.comede.org, rubrique Services, Formulaires et modèles, Droit au séjour pour raison médicale, Courriers de demandes en préfectures et recours types.

du courrier, et être accompagné d'une copie intégrale de la décision contestée. Attention : ni une demande au bureau d'AJ, ni un recours gracieux ne permettent d'interrompre ce délai de recours de 48 heures. En revanche, si l'OQTF a été notifiée par voie postale avec mention d'un délai de recours de 48 heures, ce dernier n'est pas opposable et c'est le délai de recours de 30 jours qui va s'appliquer avec possibilité d'interrompre ce délai par une demande d'aide juridictionnelle (*voir supra*).

• **Devant le juge, si les conditions médicales de l'admission au séjour sont contestées, il va être nécessaire, avec l'accord de l'intéressé, de lever le secret médical par la production de certificats médicaux détaillés**, à défaut de quoi, faute d'intervention dans la procédure contentieuse actuelle d'un expert médical aux côtés du juge (exceptionnel, *voir par exemple CE, 30 juin 2003, n° 252621*), l'étranger ne pourra emporter la conviction du juge (CAA Paris, 25 juin 2008, n° 07PA02071). Les certificats médicaux (des médecins traitants, d'autres médecins exerçant en France ou dans le pays d'origine, etc.) et autres documents médicaux (*voir Recueil ADDE, Comede, La Cimade, cité infra, Pièces prises en considération, p. 51*) adressés au juge devront être très pédagogiques : afin d'éviter une banalisation de certaines pathologies graves, ils devront revenir sur les risques d'exceptionnelle gravité qu'impliquerait le défaut de prise en charge médicale, même si ces risques ne sont pas contestés dans l'avis du médecin de l'ARS; ils devront aussi expliciter clairement les raisons pour lesquelles les soins appropriés ne seront pas possibles en cas de retour dans le pays d'origine (*voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 217; voir aussi Recueil ADDE, Comede, La Cimade, Dimension globale de l'accès aux soins, p. 65*). Un échange avec des médecins quand cela est possible, ou à défaut la consultation de la documentation médicale (*voir Instruction ministère de la Santé du 10 novembre 2011 et ses annexes*), est indispensable à l'avocat pour exercer un recours utile. Ce dernier pourra aussi demander au juge la communication de l'avis médical rendu par le médecin de l'ARS.

• **Dans certains cas (risque de licenciement ou de perte de droits sociaux comme l'AAH), et au regard des longs délais de jugement devant certains tribunaux administratifs, un recours complémentaire en référé peut être déposé** avec le concours d'un avocat pour permettre de suspendre à bref délai (1 à 3 mois) la décision de refus de renouvellement d'admission au séjour (*CE, 26 nov. 2010, n° 342790; TA Cergy-*



Pontoise, 17 nov. 2008, n° 0811674; TA Versailles, 27 mai 2008, n° 0804615).

Avec l'aide d'un médecin, il reste parfois pertinent d'adresser au préfet, en parallèle au recours contentieux (*si ce dernier a pu être exercé dans le délai de recours de 30 jours ou de 48 heures, voir supra*), une demande d'abrogation de l'OQTF dans deux hypothèses fondées sur des éléments médicaux nouveaux :

- lorsque le préfet a pris l'OQTF (ou une autre mesure d'éloignement) sans avoir consulté le médecin de l'ARS, par exemple en cas de rejet d'une demande de titre de séjour sur un motif autre que médical;
- lorsque l'état de santé de l'étranger s'est aggravé depuis la notification de l'OQTF.

L'opportunité d'une telle demande en abrogation, en parallèle à un recours contentieux, est à évaluer en fonction des chances d'obtenir un avis favorable du médecin de l'ARS, et de l'intérêt à demander à ce dernier de respecter les recommandations émises par le ministère de la Santé (*voir instr. min. du 10 nov. 2011, notamment sur le VIH et les hépatites*).

Dans ces cas, la lettre de recours en abrogation au préfet (voire le recours hiérarchique au ministère de l'Intérieur) ne doit comporter aucune information relative à l'état de santé et à la prise en charge médicale de l'étranger mais indiquer que des éléments médicaux nouveaux, contenus dans le rapport médical joint sous pli confidentiel établi par un praticien hospitalier ou un médecin agréé à l'attention du médecin de l'ARS, justifient l'admission au séjour.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

ADDE, Comede, La Cimade

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

Gisti, *Contester une obligation de quitter le territoire français, la procédure (dont modèles de recours)*, « Les notes pratiques », Gisti, juin 2011

MEMBRES DE FAMILLE ET ACCOMPAGNATEURS

Un étranger qui réside en France et qui soutient dans sa vie quotidienne un proche atteint d'affection grave peut, sous certaines conditions, obtenir un titre de séjour. Ce droit au séjour est fondé sur la protection de la vie privée et familiale. Il doit conduire à la délivrance d'une carte de séjour mention « vie privée et familiale » autorisant à travailler (ar. L 313-11 7° du Ceseda ou 6.5° accord fr.-alg.). Les préfectures, prenant prétexte que les seules dispositions spécifiques en la matière (art. L 311-12 du Ceseda) concernent les parents d'enfants étrangers mineurs malades, ont des pratiques restrictives. Pourtant, dans le respect du secret médical, des démarches et recours bien menés, souvent longs, peuvent permettre la reconnaissance d'un véritable droit au séjour.

CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

• **Le droit au séjour (et la protection contre l'éloignement) des membres de famille et accompagnateurs de malades se fonde sur la protection de la vie privée et familiale et sur l'intérêt supérieur de l'enfant**, garantis par la réglementation interne (art. L 313-11 7° du Ceseda ou art. 6.5° accord fr.-alg.) et les conventions internationales (art. 8 CEDH et article 3.1 CIDE). Si les conditions sont remplies, ce droit implique la délivrance d'une carte de séjour temporaire (CST) mention vie privée et familiale autorisant de plein droit à travailler.

• **Dans la pratique, en dehors des dispositions propres aux parents d'enfants étrangers mineurs malades (art. L 311-12 du Ceseda, voir supra), les préfectures refusent souvent d'appliquer à tous les membres de famille et accompagnateurs de malades les dispositions protectrices de l'article L 313-11 7° du Ceseda (ou art. 6.5° accord fr.-alg.) :**

- soit en conditionnant l'instruction de leurs demandes à des conditions très restrictives (par exemple cinq ans d'ancienneté de présence en France pour un(e) conjoint(e) d'étranger malade);
- soit en les maintenant sous des statuts administratifs précaires (APS sans droit au travail et ne permettant pas ou très difficilement l'accès à certains droits sociaux comme les prestations familiales).

PARENTS D'UN ENFANT MINEUR ÉTRANGER MALADE

• **Une disposition spécifique dans la loi (art. L 311-12 du Ceseda).** Introduit en 2006, cet article du Ceseda prévoit que le préfet « peut délivrer une autorisation provisoire de séjour (APS) à l'un des parents étranger de l'étranger mineur qui remplit les conditions mentionnées au 11° de l'article L 313-11, sous réserve qu'il justifie résider habituellement en France et subvenir à son entretien et à son éducation ». Cette APS ne peut être d'une durée supérieure à 6 mois et elle est renouvelable. Elle peut être assortie d'une autorisation de travail (AT) sur présentation d'un contrat de travail (selon une procédure non clairement définie par les textes).

Art. L 311-12 du Ceseda :

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, une autorisation provisoire de séjour peut être délivrée à l'un des parents étranger de l'étranger mineur qui remplit les conditions mentionnées au 11° de l'article L 313-11, sous réserve qu'il justifie résider habituellement en France avec lui et subvenir à son entretien et à son éducation, sans que la condition prévue à l'article L 311-7 soit exigée. L'autorisation provisoire de séjour mentionnée au premier alinéa, qui ne peut être d'une durée supérieure à six mois, est délivrée 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, dans les conditions prévues au 11° de l'article L 313-11. Elle est renouvelable et n'autorise pas son titulaire à travailler. Toutefois, cette autorisation peut être assortie d'une autorisation provisoire de travail, sur présentation d'un contrat de travail. »

La circulaire ministérielle du 12 mai 1998

prévoit que les critères d'appréciation exigés pour délivrer la CST prévue à l'article L 313-11 7° du Ceseda doivent être étudiés de manière particulièrement souple : « (...) lorsque l'étranger est en mesure de vous démontrer que sa présence est indispensable à sa famille installée en France et que son éloignement, même temporaire, du territoire français porterait une atteinte manifestement excessive à l'équilibre de cette famille (par exemple l'étranger qui s'occupe de son conjoint à 80 % invalide). »



ATTENTION

Les parents peuvent disposer d'un droit au séjour pour d'autres raisons, (voir *Évaluation préalable des conditions de la demande, Autres possibilités d'admission au séjour*, p. 17).

• **L'article L 311-12 du Ceseda a un champ d'application très limité :**

- il ne concerne que les parents d'enfants mineurs étrangers malades. Il ne s'applique donc pas dans le cas où l'enfant malade est majeur et/ou français, et/ou encore doit rester en France pour des raisons familiales sans pour autant remplir l'ensemble des conditions médicales de l'article L 313-11 11° du Ceseda ;
- il ne concerne pas les Algériens, dont les conditions de séjour en France sont régies par l'accord franco-algérien qui ne prévoit pas de telles dispositions (restrictives).

• **Pour ces raisons, après avoir vérifié la nécessité pour l'enfant de rester en France pour des raisons médicales, il est recommandé de fonder la demande d'admission au séjour pour les deux parents sur l'article L 313-11 7° du Ceseda (ou art. 6.5° accord fr.-alg.),** comme pour les autres membres de famille, et de demander ainsi une carte de séjour mention vie privée et familiale avec droit au travail.

• **En pratique :**

- **dans un premier temps**, il est possible qu'il n'y ait qu'un seul des deux parents qui obtienne une APS d'une durée de 6 mois, généralement sans droit au travail, après avis favorable du médecin de l'ARS rendu au vu d'un rapport médical sous pli confidentiel (RMSPC) établi par un médecin agréé ou un praticien hospitalier détaillant les raisons pour lesquelles l'état de santé de l'enfant justifie son maintien en France (application à l'enfant des conditions médicales de l'article L 313-11 11° du Ceseda ; dans l'intérêt de l'enfant, le caractère indispensable de la présence de ses parents à ses côtés doit être présumé par le médecin de l'ARS) ;
- **afin d'éviter le maintien des parents dans cette situation de grande précarité** (pas d'accès au marché du travail, difficulté à bénéficier de l'accès à un logement et à certains droits sociaux comme les prestations familiales, difficulté à obtenir un Document de circulation pour étranger mineur (DCEM) permettant des courts séjours dans le pays d'origine pour leurs enfants mineurs, etc.), et si les conditions, notamment médicales, de l'admission au séjour sont toujours remplies, une demande de CST ou certificat de résidence mention « vie privée et familiale » (L 313-11 7° du Ceseda ou 6.5° accord fr.-alg.) devra être faite pour chacun des deux parents à l'occasion du renouvellement de l'APS du ou des parents (en conserver la preuve, le cas échéant par un envoi en A/R, et exiger la délivrance d'un récépissé pendant l'instruction de la demande de CST en préfecture). Cette demande devra respecter le secret médical et toutes



les informations relatives à l'état de santé de l'enfant devront être contenues dans le RMSPC adressé au médecin de l'ARS (voir modèles de lettre sur www.comede.org, rubrique Services, Formulaires et modèles, Droit au séjour pour raison médicale, Courriers de demandes en préfecture et recours types);

- en cas de refus de la préfecture de délivrer aux deux parents les cartes de séjour demandées leur permettant de travailler et de subvenir à leurs besoins fondamentaux, un recours au juge pourra être envisagé sous certaines conditions, après consultation d'une association ou d'un travailleur social compétents qui fera le lien avec un avocat désigné à l'aide juridictionnelle (CAA Lyon, 25 mars 2010, n° 09LY02667; CAA Bordeaux, 20 oct. 2008, n° 07BX01102; TA Paris, 25 juill. 2008, n° 0806710; TA Cergy-Pontoise, 5 févr. 2008, n° 0707506).

AUTRES MEMBRES DE FAMILLE ET ACCOMPAGNATEURS D'UN MALADE

- **Les conditions du droit au séjour des autres membres de famille et accompagnateurs d'un malade vont dépendre :**
 - d'abord de la situation du malade accompagné : il doit être établi que ce malade a le droit de résider en France soit parce qu'il est français, soit parce que son état de santé nécessite des soins appropriés dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qui ne sont pas possibles dans son pays d'origine, c'est-à-dire qu'il relève des conditions médicales de l'article L 313-11 1^{er} du Ceseda, soit parce qu'il dispose d'un droit au séjour à un autre titre pour des raisons qui ne peuvent être sérieusement remises en cause;
 - ensuite de la nature du lien familial/affectif entre l'accompagnateur et le malade, couplée à la nécessité d'assister et de soutenir le malade (sur le plan affectif et psychologique, pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, etc.), qui sera d'autant plus évidente que le lien familial/affectif est proche, et/ou que le membre de famille ou accompagnateur a toujours vécu avec le malade, et/ou qu'il n'existe pas d'autres soutiens familiaux possibles. L'accompagnateur est le plus souvent un conjoint(e) ou concubin(e) (CAA Paris, 9 avr. 2008, n° 07PA02204), un enfant majeur(e) (CE, 20 nov. 2002, n° 243287; CAA Paris, 4 juill. 2008, n° 07PA04737), un parent d'enfant majeur (CAA Versailles, 10 juill. 2008, n° 07VE01515), moins fréquemment un frère ou une sœur (CE, 10 août 2010, n° 275493), et parfois d'autres « proches », même sans lien familial.



ATTENTION

Les membres de famille et autres accompagnateurs de malades n'ont pas à produire de rapport médical concernant leur propre état de santé,

car la carte de séjour qu'ils sollicitent n'est pas délivrée au titre de l'article L 313-11 11° (mais 7°) du Ceseda.

• **Dans le respect du secret médical, la demande d'admission au séjour (voir aussi Le coût des démarches préfectorales, p. 39), fondée sur l'article L 313-11 7° du Ceseda (ou article 6.5 accord fr.-alg.) et l'article 8 de la CEDH, va comprendre :**

- la transmission aux services de la préfecture d'informations non médicales sur le lien familial/affectif, la durée de la vie commune, l'ancienneté de présence en France, le caractère indispensable de la présence auprès du malade, le cas échéant l'absence en France d'autres attaches familiales susceptibles d'apporter le soutien nécessaire (*voir modèles de lettre sur www.comede.org, rubrique Services, Formulaires et modèles, Droit au séjour pour raison médicale, Courriers de demandes en préfecture et recours types*); un certificat médical non descriptif (CND) attestant du caractère indispensable de la présence auprès du malade peut utilement être transmis;
- suivant les modalités indiquées par les services de la préfecture, la transmission au médecin de l'ARS d'un rapport médical sous pli confidentiel (RMSPC) précisant dans tous les cas les raisons pour lesquelles, en lien avec l'état de santé du malade, la présence de l'accompagnateur est indispensable.

ATTENTION

La procédure de regroupement familial est très longue (souvent plus de 2 ans) et implique en principe la résidence de son bénéficiaire hors de France. Sauf circonstances exceptionnelles, et en dépit des demandes de certaines préfectures, il ne faut pas renoncer à l'admission au séjour en tant qu'accompagnateur de malade pour solliciter une unique demande de regroupement familial sur place (ou a fortiori de l'étranger).

• **Sauf à prendre directement une décision d'admission au séjour, le préfet est tenu de recueillir l'avis du médecin de l'ARS.** Ce dernier doit rendre un avis médical sur les conditions prévues par l'article L 313-11 11° du Ceseda dans l'hypothèse où la personne malade sollicite elle-même son admission au séjour pour raison médicale. Dans tous les cas, il doit rendre un avis sur le caractère nécessaire ou non de la présence de l'accompagnateur aux côtés du malade au regard de l'état de santé de ce dernier, de la nature et/ou de l'ancienneté du soutien qui lui est apporté, des liens familiaux et/ou affectifs, etc.

• **En cas de refus d'enregistrement de la demande, de délivrance d'une APS au lieu d'une CST « vie privée et familiale », ou de refus de séjour assorti ou non d'une OQTF, un recours doit être envisagé (voir Décisions administratives et recours, p. 43).**

• **Dans le cas d'un(e) conjoint(e) d'étranger malade, qui serait présent(e) en France et pour lequel/laquelle toutes les autres conditions du regroupement familial seraient remplies** (titre de séjour et ancienneté de présence en France de l'étranger malade déjà admis au séjour en France; conditions de ressources et de logement pour l'ensemble de la famille), l'opportunité



d'une demande de regroupement familial sur place (*voir point III.5 circ. intermin. N° DPM/DMI2/2006/26 du 17 janvier 2006*), en complément d'une demande en tant qu'accompagnateur de malade fondée sur l'article L 313-11 7° du Ceseda (ou art. 6.5° accord fr.-alg.), doit être évaluée.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

ADDE, Comede, La Cimade

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

Comede,
Rapports d'activité et d'observation,
www.comede.org

**Observatoire du droit
à la santé des étrangers,**
Rapports d'observation,
www.odse.eu.org

VOYAGER HORS DE FRANCE

La reconnaissance du droit au séjour pour raison médicale aux étrangers résidant en France implique le risque d'exclusion des soins en cas de retour dans leur pays d'origine. Pour autant, les étrangers qui remplissent les conditions pour être admis au séjour pour raison médicale, en tant que malades ou membres de famille, ne sont pas pour autant privés de toute liberté d'aller et venir et conservent leur droit de voyager hors de France pour de courts séjours. En pratique, un certain nombre de précautions doivent toutefois être systématiquement prises.

DROIT OU NON D'ALLER HORS DE FRANCE ET DE REVENIR

ATTENTION

L'opportunité et les modalités de toute demande d'admission au séjour pour raison médicale doivent faire l'objet d'une évaluation préalable, le cas échéant avec le soutien d'une association ou d'un travailleur social spécialisés.

- **Sont autorisés à voyager hors de France et à y revenir** sans avoir à solliciter un visa de retour (circ. min. du 21 sept. 2009; CE, 26 déc. 2003, n° 262992), sur simple présentation d'un passeport en cours de validité et des documents listés ci-dessous (délivrés par les préfectures de France métropolitaine et des départements d'outre mer), les étrangers titulaires :
 - d'une carte de séjour temporaire ou d'une carte de résident ou d'un certificat de résidence algérien;
 - d'une autorisation provisoire de séjour (APS) non délivrée dans le cadre de l'examen d'une demande d'asile;
 - d'un récépissé de demande de renouvellement de titre de séjour.

Circ. min. NOR IMIK0900087C du 21 septembre 2009

« (...) Permettent à leur titulaire de revenir librement dans l'espace Schengen :

- a) l'ensemble des autorisations provisoires de séjour (à la seule exception des autorisations de séjour délivrées dans le cadre de l'examen d'une demande d'asile);
- b) les récépissés de demande de renouvellement de titre de séjour ».

• **À contrario, ne sont pas autorisés à voyager hors de France et à y revenir** (sauf à obtenir préalablement un visa de retour

préfectoral ne permettant de revenir en France, sauf pour les mineurs, que par un point d'entrée français des frontières extérieures de l'espace Schengen), les étrangers titulaires :

- d'un récépissé de première demande de titre de séjour ;
- d'un récépissé de demande d'asile ;
- d'une autorisation provisoire de séjour (APS) délivrée dans le cadre de l'examen d'une demande d'asile.

Pour ces personnes, quitter le territoire français, c'est s'exposer à ne pas pouvoir y revenir.

PRÉCAUTIONS INDISPENSABLES

• **Compte tenu d'informations contradictoires données par certaines administrations françaises ou étrangères, il est recommandé aux étrangers titulaires des documents (voir *supra*) les autorisant à voyager hors de France et à y revenir :**

- s'ils ont été admis au séjour en raison de leur état de santé, de s'assurer auprès de leur médecin traitant de la compatibilité du voyage avec la nécessité d'assurer la continuité du traitement et de la prise en charge médicale, et de limiter la durée du voyage à moins d'un mois (pour un voyage plus long, il est prudent de se renseigner auparavant auprès d'une association spécialisée) ;
- de s'assurer avant le départ que leur période de voyage à l'étranger ne va pas faire obstacle aux démarches à faire en France dans les délais requis pour renouveler leur titre de séjour ou leur récépissé (renouvellement de leur titre de séjour dans les deux mois réglementaires, éventuelle convocation ou prise de rendez-vous en préfecture, suites à donner à la réception d'un courrier préfectoral, etc.) ou leur couverture maladie ;
- en toute hypothèse de rentrer en France au moins 3 à 4 semaines avant la fin de validité de leur titre de séjour ou récépissé de renouvellement ;
- de s'assurer qu'ils sont titulaires d'un passeport en cours de validité expirant au moins 6 mois après leur date de retour en France ;
- de se munir pour leur voyage d'une copie papier de la circulaire ministérielle du 21 septembre 2009 (http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/09/cir_29578.pdf) qui leur reconnaît le droit de revenir en France sur présentation de ces documents ;
- si possible, quelques jours avant leur retour en France, de contacter la compagnie aérienne dans l'aéroport

**Associations à contacter en cas de difficulté :**• **Anafé :**

00 33 (0)1 43 67 27 52

• **Comede, permanence**

DSAS :

00 33 (0)1 45 21 63 12

• **Espace santé droit**

(Cimade-Comede) :

00 33 (0)1 43 52 69 55

d'embarquement afin de prévenir tout blocage (le cas échéant en montrant une copie de la circulaire ministérielle du 21 sept. 2009);

- de se munir des coordonnées d'associations spécialisées pour faire face à un éventuel blocage illégal dans l'aéroport d'embarquement au moment du retour en France.

VOYAGES À L'ÉTRANGER ET DROITS SOCIAUX

• **Les droits sociaux (assurance maladie, prestations familiales, AAH, etc.) ne doivent pas être remis en cause par un séjour à l'étranger dès lors que la personne a fixé et conserve sa résidence habituelle en France** (voir *Accès aux soins, Protection maladie, Dispositifs et conditions clés*, p. 124).



ACCÈS À LA CARTE DE RÉSIDENT DE 10 ANS

Mettant un terme à leur précarité administrative en garantissant la stabilité de leur séjour, la délivrance d'une carte de résident de dix ans aux étrangers malades est un enjeu majeur favorisant les soins ainsi que leur situation sociale et psychologique. Les Algériens et les Tunisiens bénéficiaires d'un titre de séjour mention « vie privée et familiale » délivré pour raison médicale conservent, s'ils en font la demande, le bénéfice de plein droit de la carte de résident de dix ans après cinq années de séjour régulier en France. Pour les autres ressortissants admis au séjour pour raison médicale, cette carte de résident peut être sollicitée, sous certaines conditions, après cinq ou parfois trois années de séjour régulier en France. Le préfet dispose depuis 2006, sous le contrôle du juge, d'un pouvoir discrétionnaire pour délivrer cette carte; il ne peut toutefois la refuser au seul motif que son demandeur a le statut « d'étranger malade ».

CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

- **La délivrance de plein droit de la carte de résident en raison de la durée d'ancienneté de séjour régulier en France a été supprimée en 2006** (il existe d'autres possibilités de délivrance d'une carte de résident, notamment en tant que membres de famille de Français, mais qui sont résiduelles et qui ne vont pas concerner l'étranger malade titulaire d'une carte de séjour pour raison médicale).
- **Cette délivrance de plein droit a été remplacée par une délivrance subordonnée à une série de conditions qui laissent au préfet un large pouvoir d'appréciation.** Ces conditions sont fixées à l'article L 314-8 du Ceseda :
 - vivre en France en situation régulière de manière non interrompue (sauf absence de courte durée pour des congés

à l'étranger) depuis au moins cinq ans sous couvert de l'un des titres de séjour suivants : carte de séjour mention « vie privée et familiale » (y compris délivrée pour raison médicale), visiteur, scientifique, profession artistique et culturelle, salarié ou professions autres que travailleur saisonnier ou salarié en mission, carte de séjour « compétences et talents ». Ne sont donc pas comptabilisées les années passées sous couvert d'une APS (cas notamment des parents d'enfant malade titulaire d'une APS L 311-12 du Ceseda, *voir p. 51*), ou encore celles passées en tant qu'étudiant ou bénéficiaire de la protection subsidiaire. Cette durée de cinq ans est raccourcie à trois ans de séjour régulier sous couvert de n'importe quel titre de séjour (récépissé, APS ou CST) pour les ressortissants de certains pays francophones d'Afrique subsaharienne (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, République du Congo, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo) et de la Tunisie (les ressortissants tunisiens conservent de plus la faculté de solliciter une carte de résident de dix ans de plein droit après cinq années de séjour régulier en France, *voir infra*);

- disposer d'une assurance maladie;
- justifier de l'intention de s'établir durablement en France, notamment au regard des conditions d'exercice d'une activité professionnelle et en tout état de cause de la justification de ressources stables et suffisantes (hors prestations familiales, RSA, ATA, allocation de solidarité spécifique et allocation équivalent retraite);
- remplir la condition « d'intégration républicaine » dans la société française, qui implique notamment, pour les étrangers de moins de 65 ans, une connaissance suffisante de la langue française.

- Les Algériens et les Tunisiens titulaires d'une carte de séjour mention « vie privée et familiale » (y compris pour raison médicale) sont les seuls ressortissants qui peuvent encore obtenir de plein droit une carte de résident après cinq années de séjour régulier en France et sans autre condition (art. 7 bis h° accord fr.-alg., art. 10 g° de l'accord fr.-tun.).

- **À l'égard des étrangers admis au séjour pour raison médicale, les préfetures ont tendance à rejeter les demandes de délivrance de carte de résident** sans motivation écrite, du seul fait de leur statut d'étranger malade n'ayant pas vocation, selon elles, à séjourner durablement en France. Bien que la loi laisse au préfet un large pouvoir d'appréciation, un tel motif d'exclusion est toutefois illégal. En effet, les étrangers titulaires d'une carte de séjour mention « vie privée et familiale »



délivrée pour raison médicale (L 313-11 11° du Ceseda) peuvent se voir délivrer une carte de résident de dix ans sous réserve de remplir les conditions précitées de l'art. L 314-8 du Ceseda (TA Paris, 10 juill. 2012, n° 1106219/6-1).

LA DEMANDE DE CARTE DE RÉSIDENT PAR LES ÉTRANGERS MALADES

• **L'accès à la stabilité du séjour, par la carte de résident portant la mention « résident longue durée CE » d'une durée de validité de 10 ans, est un enjeu majeur pour les étrangers gravement malades installés en France depuis plusieurs années.** La délivrance de cette carte met fin aux ruptures fréquentes de droits (au séjour, au travail, à l'assurance maladie, aux autres droits sociaux, etc.), provoquées par les situations de renouvellement de la carte de séjour d'un an. Elle facilite la recherche d'un travail et d'un logement stables permettant d'échapper à la précarité sociale, psychologique et administrative. Cette carte est renouvelable de plein droit (sauf absence de France pendant plus de 3 ans).

Pour consulter des **modèles de lettre** au préfet pour demander la délivrance d'une carte de résident de dix ans : **voir www.comede.org, rubrique Services, Formulaires et modèles.**

• **Si l'étranger bénéficiaire d'une carte de séjour pour raison médicale en remplit les conditions, la demande de carte de résident doit être faite en même temps que la demande de renouvellement de la carte de séjour d'un an, soit dans les deux mois avant son expiration** (de préférence 5 à 8 semaines). L'étranger doit se présenter au guichet pour faire sa demande (sauf procédure par correspondance). En cas de refus de lui délivrer le formulaire de demande de carte de résident, il doit envoyer sa demande motivée par A/R si possible avec le soutien d'une association de malades ou d'un travailleur social qui connaît bien sa situation sociale (au stade de la demande, un avocat n'est pas nécessaire). Dans tous les cas, l'étranger doit conserver une preuve de sa demande.

• **En cas de refus** (le plus souvent, si les conditions médicales de l'admission au séjour sont toujours remplies, le préfet se borne à renouveler la carte de séjour pour raison médicale sans autre explication), la demande de carte de résident doit être réitérée à l'occasion du renouvellement suivant de la carte de séjour d'un an.



• **Si le refus concerne un ressortissant algérien ou tunisien titulaire d'un titre de séjour mention « vie privée et familiale » et justifiant résider régulièrement en France depuis 5 ans**

(sous couvert de n'importe quel titre de séjour), un recours contentieux doit être envisagé. Faute de décision de refus indiquant les voies et délais de recours, ce recours n'est généralement enfermé dans aucun délai (*voir Décisions administratives et recours, p. 43*).

• **Si le refus est motivé par l'insuffisance des ressources du demandeur bénéficiaire de l'AAH** (ressources inférieures au smic), une saisine du Défenseur des droits et un recours contentieux peuvent être envisagés dès lors qu'il est considéré qu'un refus d'octroi de la carte de résident opposé pour ce seul motif constitue une décision discriminatoire à raison du handicap et de l'état de santé (*délibérations de la Halde n° 2008-12 du 14 janv. 2008 et n° 2011-82 du 28 mars 2011; TA Limoges, 12 mai 2010, n° 0902011*). La discrimination devrait aussi pouvoir être retenue en cas de refus opposé pour non-respect de la condition de ressources (supérieures ou égales au smic) à une personne titulaire du minimum invalidité (discrimination à raison du handicap), ou encore titulaire du minimum vieillesse (discrimination à raison de l'état de santé et/ou de l'âge).

• **Si le refus est motivé par le seul motif de défaut de souscription d'un contrat d'accueil et d'intégration (CAI)**, un recours doit également être envisagé car cette condition n'est pas prévue par la loi (art. L 314-8 du Ceseda). Les étrangers malades bénéficiaires d'une carte de séjour au titre de l'article L 313-11 11° du Ceseda ne sont d'ailleurs pas autorisés à souscrire un tel contrat (art. R 311-9 I et II du Ceseda).

• **Si le refus est motivé par le seul motif que l'étranger est bénéficiaire d'une carte de séjour pour raison médicale** (L 313-11 11° du Ceseda), une saisine du Défenseur des droits et un recours contentieux, avec le concours d'un avocat spécialisé désigné à l'aide juridictionnelle (*voir Aide juridictionnelle, guide 2008*), doivent être envisagés (*TA Paris, 10 juil. 2012, n° 1106219/6-1*).

• **Dans les autres cas, en l'absence de toute réponse ou de motivation écrite pertinente de la préfecture sur la demande de carte de résident**, une demande de communication des motifs du refus implicite (ou de la décision écrite non motivée) peut être adressée en A/R à la préfecture (loi n° 79-587 du 11 juil. 1979). Si le demandeur remplit manifestement

Décision du TA de Paris n° 1106219/6-1 du 10 juill. 2012 :

« En refusant de délivrer la carte de résident sollicitée au seul motif que l'étranger demandeur avait été admis au séjour en raison de son état de santé, le préfet de police a commis une erreur de droit. »

Décision du Défenseur des droits n° 2012-77 :

« En considérant que le statut d'étranger malade accordé à l'intéressé constituait un obstacle dirimant à la délivrance d'une carte de résident, le préfet semble avoir commis une erreur de droit (...), et une discrimination fondée sur l'état de santé contraire à l'article 14 de la CEDH combinée avec l'article 8. »



les conditions de délivrance de la carte de résident, l'opportunité d'un recours contentieux peut être évaluée. Attention : le préfet disposant d'un pouvoir discrétionnaire concernant l'octroi de la carte de résident, le passage d'une carte de séjour pour raison médicale à une carte de résident n'est pas un droit automatique. L'étranger devra donc prouver au soutien de son recours, soit que le préfet a commis une erreur grossière dans l'appréciation de sa situation, soit que le caractère répété des refus de délivrance de carte de résident qui lui sont opposés n'est motivé que par son statut d'étranger malade. Dans ce dernier cas, une saisine concomitante du Défenseur des droits sera très utile.

PROTECTION CONTRE LES MESURES D'ÉLOIGNEMENT

Le terme « mesures d'éloignement » désigne différentes décisions administratives ou pénales contraignant, au besoin par la force et après enfermement ou assignation à résidence, un étranger à quitter le territoire français. Les étrangers gravement malades sont protégés contre le prononcé ou l'exécution d'une mesure d'éloignement selon les mêmes critères médicaux qu'en matière de droit au séjour pour raison médicale. Les démarches et précautions à accomplir pour mettre en œuvre cette protection sont différentes selon la nature des mesures d'éloignement frappant l'étranger (OQTF, IRTF, APRF, APE/AME et ITF) qu'il est donc indispensable de bien identifier au préalable.



Voir aussi *Droit au séjour pour raison médicale*, p. 9

IDENTIFICATION DES MESURES D'ÉLOIGNEMENT

Les mesures d'éloignement ne peuvent pas concerner directement des mineurs (à l'exception de la décision de remise d'un étranger à un autre État membre de l'UE, art. L 531-1 et L 531-2 du *Ceseda*).

• **La connaissance précise de l'existence ou de l'absence d'une ou des mesures d'éloignement prises par la France (voire par et dans un autre État membre de l'Union européenne) à l'encontre d'un étranger est indispensable**, tant pour l'informer sur sa situation administrative que pour déterminer les démarches et recours qu'il peut exercer. Il s'agit de déterminer la nature de ces mesures administratives ou pénales, d'en obtenir une copie, et de vérifier rapidement au vu des délais applicables si elles peuvent encore faire l'objet d'un recours contentieux ou si elles sont devenues définitives. En cas de pluralité de mesures d'éloignement prises à l'encontre d'un même étranger (notamment situation de double ou triple peine, *voir plus loin*), les démarches seront longues et complexes, et devront concerner chaque mesure d'éloignement. Face à une situation d'enfermement, la protection des étrangers malades, le plus souvent à mettre en œuvre dans l'urgence, va présenter des spécificités (*voir Rétention administrative*, p. 81).

• **Parmi les mesures d'éloignement**, il faut notamment distinguer l'obligation préfectorale de quitter le territoire français (OQTF), éventuellement assortie d'une interdiction de retour sur le territoire français (IRTF), l'arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF), devenu rare, l'arrêté préfectoral ou ministériel d'expulsion, et la peine d'Interdiction du territoire français (ITF) prononcée par le juge pénal. D'autres mesures d'éloignement, non détaillées ci-dessous, peuvent également contraindre un étranger à quitter le territoire français :

- décision de remise aux autorités d'un autre État membre de l'Union européenne en application du règlement Dublin II (*voir Demande d'asile et affection grave, p. 35*);
- reconduite d'office en vertu d'un signalement aux fins de non-admission au système d'information Schengen (SIS) et/ou sur le fondement d'une mesure d'éloignement exécutoire prise par un autre État membre de l'Union européenne.

Les principales mesures d'éloignement

	Autorité compétente	Motifs de la décision	Délai de recours	Dispositions protectrices pour les étrangers malades
OQTF Obligation de quitter le territoire français art. L 511-1 Ceseda	Préfet	Situation administrative irrégulière	30 jours ou 48 heures	art. L 511-4 10° Ceseda
IRTF Interdiction de retour sur le territoire français art. L 511-1 III Ceseda	Préfet	Situation administrative irrégulière	30 jours ou 48 heures	art. L 511-4 10° Ceseda
APRF Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière art. L 533-1 Ceseda	Préfet	Menace à l'ordre public ou travail sans autorisation administrative	48 heures	art. L 511-4 10° Ceseda
APE/AME Arrêté préfectoral ou ministériel d'expulsion art. L 521-1 Ceseda	Préfet ou ministre de l'Intérieur	Menace actuelle et grave pour l'ordre public	2 mois	art. L 521-3 5° Ceseda
ITF Interdiction du territoire français) art. L 541-1 Ceseda	Juge pénal (tribunal correctionnel ou cour d'appel)	Condamnation à certains crimes ou délits	10 jours (pour appel devant la cour d'appel)	art. L 541-1 Ceseda



Sanctions pénales en cas de non-exécution d'une mesure d'éloignement

L'étranger qui se soustrait à l'exécution d'une mesure d'éloignement, ou ne délivre pas les documents de voyage et informations en permettant l'exécution, ou encore revient en France alors qu'il est toujours frappé d'une interdiction de retour sur le territoire français (IRTF), d'un arrêté d'expulsion (APE/AME) ou d'une peine d'interdiction du territoire français (ITF), encourt selon la loi pénale une peine de trois ans d'emprisonnement et une interdiction du territoire français (ITF) pouvant aller jusqu'à dix ans (art. L 624-1 et L 624-2 du *Ceseda*).

Régime plus défavorable dans les territoires d'outre-mer

Dans ces territoires, notamment à Mayotte, en Guyane et en Guadeloupe, et sauf en Martinique, l'exercice d'un recours contentieux contre l'OQTF ne fait pas obstacle à son exécution d'office par l'administration, soit immédiatement, soit une fois passé le délai de départ volontaire (de 30 jours) quand il est accordé.

L'OBLIGATION DE QUITTER LE TERRITOIRE FRANÇAIS (OQTF, VOIR FAC-SIMILÉS, GUIDE 2008)

- **L'OQTF est la mesure d'éloignement qui vise de manière générale l'étranger en situation irrégulière (art. L 511-1 et suivants du *Ceseda*).** Elle peut accompagner un refus de délivrance, un refus de renouvellement, ou une décision de retrait de titre de séjour. Depuis la loi sur l'immigration du 16 juin 2011, elle peut également être prise, indépendamment de toute décision rejetant une demande d'admission au séjour, du seul fait de la situation administrative irrégulière de l'étranger. Elle est alors généralement délivrée à l'occasion d'un contrôle d'identité et s'accompagne le plus souvent d'un placement de l'étranger en centre de rétention administrative.
- **L'OQTF est en principe assortie d'un délai de départ volontaire de 30 jours (voire davantage à titre très exceptionnel) au terme duquel l'étranger doit avoir quitté la France, sauf s'il a exercé un recours au tribunal administratif dans un délai de 30 jours à compter de sa notification.** Dans certaines situations (art. L 511-1 II du *Ceseda*), ce délai de départ volontaire peut être supprimé par le préfet. Dans ce cas, l'OQTF doit obligatoirement être notifiée par voie administrative (et non postale) et le délai de recours contentieux est alors raccourci à 48 heures (voir *Décisions administratives et recours*, p. 43). En cas de recours contentieux exercé dans le délai, la mesure d'éloignement ne peut pas être exécutée d'office avant d'être confirmée par le tribunal administratif saisi du recours.
- **Passé le délai de départ volontaire de 30 jours ou en cas de décision supprimant ce délai, quand bien même un recours contentieux aurait été exercé contre l'OQTF, l'étranger peut être placé en centre de rétention administrative dans l'attente de son éloignement** sur le fondement, soit de cette OQTF si elle a été édictée depuis moins d'un an, soit de l'éventuelle interdiction de retour sur le territoire français (IRTF) accompagnant cette OQTF (voir *ci-dessous*), soit d'une nouvelle OQTF ou autre mesure d'éloignement.
- **Les étrangers gravement malades sont protégés par la loi contre le prononcé ou l'exécution d'une OQTF selon les mêmes critères médicaux qu'en matière de droit au séjour pour raison médicale**, si leur « état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner



des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays de renvoi, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général de l'agence régionale de santé » (article L 511-4 10° du Ceseda).

Cette protection absolue est applicable même si l'étranger n'a jamais sollicité son admission au séjour pour raison médicale.

- **Si le délai de recours contentieux (de 30 jours ou 48 heures) n'est pas expiré**, il convient de saisir le tribunal administratif et, dans certaines hypothèses, de présenter parallèlement une demande d'abrogation de l'OQTF au préfet (*voir Décisions administratives et recours, p. 43*).

- **Si le délai de recours contentieux est expiré**, il faut envisager avec précaution la possibilité de présenter une demande d'abrogation de l'OQTF et/ou une nouvelle demande d'admission au séjour selon des modalités (présentation en préfecture ou procédure postale) à déterminer, avec le soutien d'une association et/ou d'un travailleur social spécialisés, en fonction de la date de l'OQTF, de l'existence éventuelle d'une IRTF ou d'une autre mesure d'éloignement, des éléments médicaux et/ou non médicaux survenus depuis lors, et des pratiques de la préfecture concernée (*voir Évaluation préalable des conditions de la demande, p. 14*). Dans le cas où un étranger informe le préfet, sans les révéler, de l'existence d'éléments médicaux nouveaux suffisamment graves, ce dernier est tenu de solliciter un nouvel avis du médecin de l'ARS avant toute décision d'éloignement, y compris en cas d'OQTF édictée depuis moins d'un an.

- **En cas de placement en centre de rétention administrative**, des modalités spécifiques d'intervention sont requises (*voir p. 81*).

L'INTERDICTION DE RETOUR SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS (IRTF, VOIR FAC-SIMILÉS, GUIDE 2008)

• **Le préfet peut sous certaines conditions assortir l'OQTF, en même temps ou plus tard, d'une interdiction de retour sur le territoire français (IRTF) d'une durée pouvant aller jusqu'à cinq ans (art. L 511-1 III du Ceseda) :**

- une durée initiale maximale de deux ans (OQTF avec délai de départ volontaire) ou de trois ans (OQTF sans délai de départ volontaire);

- à laquelle peut s'ajouter une nouvelle durée de deux ans en cas de non-respect de l'OQTF ou de l'IRTF initiale (absence de départ de France, ou retour en France dans le délai de l'IRTF initiale).



Les ressortissants de l'Union européenne (et de l'EEE et de la Suisse), ainsi que les membres de leurs familles, peuvent faire l'objet d'une OQTF (art. L 511-3-1 du Ceseda), mais ne peuvent en aucun cas être frappés d'une IRTF.

- **Inscrite dans le système d'information Schengen (SIS), l'IRTF va empêcher pendant toute sa durée l'entrée régulière de l'étranger dans tous les États de l'espace Schengen**, et permettra à ces derniers de procéder à son éloignement d'office sous réserve des procédures de recours et d'assignation à résidence variables selon les États membres.

- **Le recours contentieux contre l'IRTF sera le plus souvent exercé en même temps et dans le même délai (30 jours ou 48 heures) que le recours contre l'OQTF**, sauf à ce que le préfet prononce une IRTF ultérieurement (absence de départ de France après une OQTF, ou retour en France dans le délai d'une IRTF initiale), obligeant alors à exercer un nouveau recours contentieux dans un délai de 30 jours.

- **La demande d'abrogation d'une IRTF (qui conditionne la délivrance d'un visa à partir de l'étranger ou d'un titre de séjour en France)** ne peut être formée que si l'étranger justifie résider hors de France, ou s'il est en prison, ou encore s'il a été assigné à résidence sur décision administrative (*voir p. 77*), notamment car son état de santé fait obstacle à son éloignement vers son pays d'origine ou vers un autre État où il est légalement admissible (art. L 561-1 et L 562-2 du Ceseda).

- **L'étranger frappé d'une OQTF avec délai de départ volontaire assortie d'une IRTF qui quitte le territoire français dans ce délai (en principe de 30 jours)** obtiendra l'abrogation de l'IRTF à condition qu'il en fasse la demande dans les deux mois suivant l'expiration de ce délai, sauf à l'administration à s'y opposer par une décision motivée « *par des circonstances particulières tenant à la situation et au comportement de l'intéressé* ».

L'ARRÊTÉ PRÉFECTORAL DE RECONDUITE À LA FRONTIÈRE (APRF, VOIR FAC-SIMILÉS, GUIDE 2008)

- **Depuis la réforme sur l'immigration du 16 juin 2011, cette catégorie de mesure d'éloignement ne concerne que des situations limitées (art. L 533-1 du Ceseda** : menace à l'ordre public et travail sans autorisation administrative), et ne peut pas, en toute hypothèse, viser les ressortissants communautaires ou les membres de leurs familles.



- **Les catégories de personnes protégées contre les APRF sont les mêmes que celles protégées contre les OQTF, notamment les étrangers gravement malades ne pouvant recevoir un traitement approprié dans leur pays d'origine ou de renvoi (art. L 511-10 4° du Ceseda).** Les recours (et délais) ainsi que les démarches à entreprendre, le plus souvent en urgence lors du placement en centre de rétention administrative, sont identiques à ceux concernant les OQTF sans délai de départ volontaire.

- **Le prononcé d'un APRF interdit de plein droit à l'étranger de revenir en France avant l'expiration d'un délai de trois ans (art. L 213-1 du Ceseda).**

L'ARRÊTÉ PRÉFECTORAL OU MINISTÉRIEL D'EXPULSION (APE ET AME, VOIR FAC-SIMILÉS, GUIDE 2008)

- **L'arrêté d'expulsion est une mesure d'éloignement prononcée à l'encontre d'un étranger en situation administrative régulière ou irrégulière lorsque l'administration estime que sa présence en France constitue « une menace grave (et actuelle) pour l'ordre public » (art. L 521-1 du Ceseda).** Cette mesure de police peut donc être prononcée contre des personnes résidant en France depuis de nombreuses années et titulaires d'une carte de séjour d'un an, voire de dix ans. Elle doit être destinée à protéger l'ordre et la sécurité publics, et non à punir (mesure répressive), ce qui est de la compétence du seul juge pénal. Elle est en principe prononcée par le préfet (arrêté préfectoral d'expulsion, APE), et parfois par le ministre de l'Intérieur (arrêté ministériel d'expulsion, AME) en cas d'urgence absolue (art. L 522-1 du Ceseda) ou d'expulsion prononcée contre les catégories de personnes protégées de manière relative (art. L 521-2 du Ceseda) ou quasi absolue (L 521-3 du Ceseda). Sauf en cas d'urgence absolue, elle ne peut être prise qu'après réunion de la commission départementale d'expulsion à l'occasion de laquelle l'intéressé peut demander l'aide juridictionnelle pour être assisté par un avocat.

- **Les étrangers gravement malades sont protégés contre le prononcé et l'exécution d'un arrêté d'expulsion (art. L 521-3 5° du Ceseda), selon les mêmes critères médicaux qu'en matière de droit au séjour pour raison médicale (L 313-11 11° du Ceseda) ou de protection contre les OQTF et APRF (L 511-**

Lorsqu'un étranger frappé d'une mesure d'expulsion a la qualité de réfugié, il doit être informé qu'il peut saisir la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), dans le délai d'une semaine à compter de la notification de l'arrêté d'expulsion, afin qu'elle rende un avis au ministre de l'Intérieur sur l'annulation ou le maintien de cette mesure.



10 4° et R 521-1 du Ceseda). Cette protection quasi absolue peut être levée de manière exceptionnelle si le comportement de l'intéressé « *est de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'État, ou est lié à des activités à caractère terroriste, ou constitue des actes de provocation explicite et délibérée à la discrimination, à la haine ou à la violence contre une personne déterminée ou un groupe de personnes* ».

- **L'arrêté d'expulsion, même très ancien, interdit à l'étranger de revenir ou de séjourner en France** tant qu'il n'a pas été annulé ou suspendu par le juge administratif, ou abrogé par l'administration, ou encore que l'étranger n'a pas été assigné à résidence sur décision administrative.

- **Si le délai de recours contentieux de deux mois suivant sa notification n'est pas expiré, l'arrêté d'expulsion doit faire l'objet d'un recours en annulation devant le tribunal administratif**, avec le soutien d'un avocat le cas échéant désigné à l'aide juridictionnelle (*voir guide 2008*). Ce recours n'étant pas suspensif de l'exécution de l'éloignement, un recours en référé doit également être exercé. En cas d'arrêté préfectoral d'expulsion (APE), il est également possible de saisir parallèlement le ministre de l'Intérieur d'un recours hiérarchique.

- **Lorsque l'arrêté d'expulsion est devenu définitif (délai de recours contentieux expiré, ou rejet du recours par le juge administratif), l'étranger devra en obtenir l'abrogation auprès de l'autorité administrative qui l'a prononcé (préfet ou ministre de l'Intérieur), notamment pour raison médicale (L 521-3 5° du Ceseda).** Cette demande ne peut être formée que si l'étranger justifie résider hors de France ou s'il est en prison (art. L 524-3 du Ceseda), ou encore s'il a été assigné à résidence sur décision administrative (*voir p. 77*), notamment car son état de santé répond aux critères médicaux du droit au séjour pour raison médicale (art. L 523-4 et L 524-3 du Ceseda). Depuis la loi du 26 novembre 2003, et même si l'étranger réside toujours en France, un réexamen systématique des motifs de l'arrêté d'expulsion a lieu par l'administration tous les cinq ans et ouvre, en cas de maintien de l'arrêté d'expulsion, y compris par décision implicite, la possibilité d'un nouveau recours au tribunal administratif (art. L 524-2 du Ceseda).



L'INTERDICTION DU TERRITOIRE FRANÇAIS (ITF)

• **L'interdiction du territoire français (ITF) peut être prononcée par le juge pénal à l'encontre d'un étranger en situation régulière ou irrégulière comme sanction d'un délit ou d'un crime.** Elle peut être infligée soit à la suite d'une infraction à la législation sur l'entrée, le séjour et le travail des étrangers en France, soit à la suite d'un autre crime ou délit. Elle peut donc concerner des étrangers en situation administrative régulière résidant en France depuis de nombreuses années, produisant ainsi des situations de « double peine », voire de « triple peine » lorsque l'étranger est également frappé d'un arrêté d'expulsion. Elle peut être prononcée comme peine unique (« à titre principal »), mais l'est plus souvent comme peine complémentaire d'une amende ou d'une peine de prison. Sa durée peut être temporaire (jusqu'à 10 ans) ou définitive (art. L 541-1 du Ceseda et 131-30 du Code pénal).

• **Les étrangers gravement malades titulaires d'un titre de séjour, délivrée au titre de l'article L 313-11 11° du Ceseda (ou art. 6.7° accord fr.-alg.) et en cours de validité à la date de l'audience pénale de jugement, sont protégés de manière quasi absolue (sauf atteinte aux intérêts fondamentaux de la nation, etc.) contre le prononcé d'une peine d'ITF** (art. L 541-1 du Ceseda et 131-30-2 du Code pénal). Il est donc important (le plus souvent lors de leur détention préventive) que les étrangers gravement malades soient soutenus afin de faire instruire leur demande de première délivrance ou de renouvellement de carte de séjour pour raison médicale avant le jugement pénal. En effet, même s'ils en remplissent les conditions médicales, à défaut de pouvoir présenter une telle carte de séjour lors du jugement, les étrangers malades pourront être condamnés à une peine d'ITF ; cette ITF fera ensuite obstacle à la délivrance d'une carte de séjour et obligera à exercer la procédure complexe d'assignation à résidence sur décision administrative puis de relèvement de l'ITF.

• **Tant qu'elle est applicable et sauf assignation à résidence sur décision administrative, l'ITF interdit à l'étranger de revenir ou de séjourner en France** (et donc d'obtenir un visa ou un titre de séjour). L'ITF permet la reconduite d'office à la frontière, le préfet devant toutefois prendre un arrêté fixant le pays de destination susceptible d'un recours au tribunal administratif dans un délai de 2 mois.

Conseil pratique

Outre son inscription au casier judiciaire, la peine d'ITF est mentionnée dans la décision pénale de condamnation de l'étranger, dont copie peut être demandée par ce dernier au greffe pénal de la juridiction ayant prononcé la décision.

Conseil pratique

Il est parfois difficile de justifier ou de faire comprendre à l'administration préfectorale que la peine d'ITF est prescrite, réhabilitée ou non avenue. Il convient alors de saisir par courrier le procureur de la République de la juridiction qui l'a prononcée afin que son extinction ou son effacement soit constaté.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Gisti, *Contester une OQTF, la procédure, notes pratiques*, juin 2012

Gisti, *La double peine judiciaire, L'interdiction du territoire français*, Cahiers juridiques, décembre 2008

Gisti, *Le Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France*, éd. La découverte, décembre 2011

Gisti, *Régimes d'exception en outre-mer pour les personnes étrangères*, Cahiers juridiques, juin 2012

- **En cas de prononcé d'une ITF par le tribunal correctionnel (1^{re} instance), un appel est possible dans un délai de 10 jours (cour d'appel).** Pour évaluer l'opportunité d'un appel et le cas échéant pour l'exercer, il est indispensable de s'adjoindre les conseils d'un avocat spécialisé compte tenu du risque de voir la peine aggravée en appel.

- **Lorsque la sanction pénale est devenue définitive et comporte une ITF**, il est indispensable d'évaluer avec une association et/ou un travailleur social spécialisés, le cas échéant en sollicitant les conseils d'un avocat, si cette peine est d'ores et déjà prescrite, réhabilitée ou non avenue.

- **Lorsque l'ITF est toujours applicable, l'étranger peut en demander le relèvement à la juridiction pénale qui l'a prononcée**, s'il justifie résider hors de France ou s'il est en prison, ou encore s'il a été assigné à résidence sur décision administrative, notamment, car son état de santé fait obstacle à son éloignement vers son pays d'origine ou vers un autre État où il est légalement admissible (art. L 561-1 et L 562-2 du Ceseda). La requête en relèvement d'ITF n'est pas possible lorsque l'ITF a été prononcée à titre de peine principale. En revanche, la demande d'assignation à résidence auprès de l'administration (ministre de l'Intérieur) peut être exercée par les étrangers frappés d'une ITF prononcée à titre complémentaire ou principal (*voir Assignation à résidence, p. 77*).



ASSIGNATION À RÉSIDENCE POUR RAISON MÉDICALE

Dans certaines situations, notamment lorsque l'étranger est frappé par certaines mesures d'éloignement devenues définitives (IRTF ou arrêté d'expulsion édictés par l'autorité administrative, ou encore ITF prononcée par le juge pénal), l'assignation à résidence d'un étranger sur décision administrative constitue la seule possibilité pour demeurer régulièrement en France. Pour les étrangers malades, les critères médicaux sont les mêmes que ceux applicables en matière de délivrance d'une carte de séjour pour raison médicale. Tant que ces mesures d'éloignement ne sont pas annulées ou abrogées, cette procédure va déboucher, au mieux, sur la délivrance d'une autorisation provisoire de séjour (APS) de six mois renouvelable avec droit au travail qui maintient l'étranger assigné à résidence (le plus souvent dans un département) dans une situation extrêmement précaire.



Voir aussi *Protection contre les mesures d'éloignement*, p. 67

DÉCISION ADMINISTRATIVE D'ASSIGNATION À RÉSIDENCE POUR RAISON MÉDICALE

• **Les étrangers frappés d'une interdiction de retour sur le territoire français (IRTF), d'un arrêté préfectoral ou ministériel d'expulsion (APE/AME) ou d'une interdiction judiciaire du territoire français (ITF) sont contraints d'obtenir leur assignation à résidence pour demeurer régulièrement en France** et pour demander l'abrogation ou le relèvement de ces mesures (*sur les recours contentieux et demandes d'abrogation à l'encontre des mesures administratives d'éloignement, voir p. 67*).

Les hypothèses d'assignation à résidence administrative pour raison médicale

	Autorité compétente	Dispositions légales	Effets de l'assignation à résidence	Recours contre le refus d'assignation à résidence ou de son renouvellement
IRTF (Interdiction préfectoral de retour sur le territoire français)	Préfet (sur avis autorité médicale du lieu de résidence)	Art. L 561-1 (et L 523-3) du Ceseda	- APS - Autorisation de travail à solliciter expressément	Tribunal administratif (dans un délai de 2 mois suivant le refus)
APE (Arrêté préfectoral d'expulsion)	Préfet (sur avis autorité médicale du lieu de résidence)	Art. L 523-4 du Ceseda	- APS avec autorisation de travail	Tribunal administratif (dans un délai de 2 mois suivant le refus)
AME (Arrêté ministériel d'expulsion)	Ministre (sur avis autorité médicale du lieu de résidence)	Art. L 523-4 du Ceseda	- APS avec autorisation de travail	Tribunal administratif (dans un délai de 2 mois suivant le refus)
ITF (Interdiction pénale du territoire français)	Ministre (sur avis autorité médicale du lieu de résidence)	Art. L 561-1 (et L 523-3) du Ceseda	- APS - Autorisation de travail à solliciter expressément	Tribunal administratif (dans un délai de 2 mois suivant le refus)

• **Cette procédure ne doit pas être confondue avec d'autres formes d'assignation à résidence administrative ou judiciaire :**

- l'assignation à résidence pouvant être prononcée, depuis la loi sur l'immigration du 16 juin 2011, par l'autorité administrative comme alternative au placement en rétention et en vue de l'organisation de l'éloignement de l'étranger, pour une durée maximale de 45 jours renouvelable une fois (art. L 561-2 du Ceseda) ;

- l'assignation à résidence pouvant être prononcée par le juge judiciaire (juge des libertés et de la détention) comme alternative à la prolongation du placement en rétention et toujours en vue de l'organisation de l'éloignement de l'étranger (art. L 552-4 du Ceseda).

• **Cette procédure d'assignation à résidence est instruite, généralement à la demande de l'étranger, par l'autorité administrative qui a pris la mesure d'éloignement** (préfet ou ministre de l'Intérieur), ou par le ministre de l'Intérieur lorsque la procédure d'assignation à résidence fait suite à une interdiction judiciaire du territoire français (R 541-1 du Ceseda).



ATTENTION À LA PRÉSERVATION DU SECRET MÉDICAL

Le rapport médical sous pli confidentiel destiné au médecin de l'ARS (ou à Paris au médecin chef du service médical de la préfecture de police), unique pièce médicale de la procédure, doit comporter l'ensemble des informations relatives à l'état de santé et à la prise en charge de l'étranger. Ces informations médicales n'ont pas à être portées à la connaissance des autorités administratives (préfectures, ministères).

• **L'assignation à résidence est généralement fondée sur la circonstance que l'étranger « justifie être dans l'impossibilité de quitter le territoire français ou ne peut ni regagner son pays d'origine, ni se rendre dans aucun autre pays »,** comme le prévoient les dispositions de l'article L 561-1 (et L 523-3) du Ceseda, qui sont applicables quelle que soit la mesure d'éloignement frappant l'étranger. En cas d'arrêté d'expulsion, l'assignation à résidence peut également être fondée sur les dispositions de l'article L 523-4 (et R 521-1) du Ceseda, qui prévoient expressément cette mesure lorsque l'étranger remplit les critères médicaux de l'admission au séjour pour raison médicale (L 313-11 11° et R 313-22 du Ceseda).

• **Dans tous les cas, s'agissant des étrangers invoquant leur état de santé pour obtenir leur assignation à résidence,** ils devront transmettre leur demande à l'autorité administrative compétente (préfet du lieu de résidence ou ministre de l'Intérieur sous couvert du préfet du lieu de résidence), en y joignant un rapport médical sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'ARS (ou à Paris du médecin chef du service médical de la préfecture de police) répondant aux mêmes exigences qu'en matière de demande de carte de séjour pour raison médicale (*voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 217*). L'autorité administrative devra prendre sa décision au vu de l'avis de l'autorité médicale qui lui sera transmis. En cas de décision de refus, un recours contentieux en annulation, assorti le cas échéant d'un référé, pourra être exercé devant le tribunal administratif dans le délai de deux mois suivant sa notification.

EFFETS DE L'ASSIGNATION À RÉSIDENCE

• **L'étranger assigné à résidence est mis en possession d'une autorisation provisoire de séjour (APS) d'une durée maximale de 6 mois renouvelable.** Cette APS est assortie d'une autorisation de travail si l'assignation à résidence, faisant suite à un arrêté d'expulsion (APE/AME), est fondée sur l'état de santé de l'étranger (art. L 523-4 du Ceseda) ou lui est accordée à titre probatoire et exceptionnel (art. L 523-5 du Ceseda). Dans les autres cas, cette autorisation de travail devra être sollicitée expressément, la loi ne prévoyant pas sa délivrance de plein droit (art. R 561-4 du Ceseda).



• **L'étranger assigné à résidence est privé de sa liberté**

de circulation : l'administration fixe le périmètre (souvent le département) dans lequel il est autorisé à circuler et au sein duquel est fixée sa résidence. Tout dépassement de ce périmètre doit faire l'objet d'une autorisation spéciale, et une modification du lieu d'assignation à résidence peut être demandée pour des raisons familiales ou professionnelles. L'étranger assigné doit se présenter périodiquement aux services de police ou aux unités de gendarmerie (art. R 561-2 du Ceseda). Il peut être tenu de remettre à l'administration l'original de son passeport et de tout autre document d'identité ou de voyage en sa possession (art. R 561-3 du Ceseda). Le non respect de ces obligations est passible de peines de prison (art. L 624-4 du Ceseda).

**RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES
POUR EN SAVOIR PLUS**

Gisti, *Le Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France*, éd. La découverte, décembre 2011

ABROGATION DE L'ASSIGNATION À RÉSIDENCE

L'assignation à résidence peut être abrogée :

- favorablement parce que la mesure d'éloignement a disparu ou n'est plus exécutoire (dans ce cas, une carte de séjour, notamment pour raison médicale, correspondant à la situation de l'étranger pourra être sollicitée);
- défavorablement parce que, au contraire, l'administration considère que les circonstances qui empêchaient l'exécution de la mesure d'éloignement ne sont plus réunies, notamment en cas d'avis défavorable de l'autorité médicale sur la nécessité du maintien en France d'un étranger malade (dans ce cas, un recours contentieux est possible contre la décision d'abrogation de l'assignation à résidence).

RÉTENTION ADMINISTRATIVE

En cas d'interpellation ou à sa sortie de prison, un étranger soumis à une mesure d'éloignement du territoire français peut être placé en rétention administrative sur décision de l'autorité administrative. La rétention administrative est une privation de liberté spécifique pour les étrangers afin d'organiser leur éloignement d'office (art. L 551-1 et suivants du Ceseda). Elle ne relève pas du régime pénal comme la garde à vue et la prison. Si l'éloignement vers le pays d'origine (ou un autre pays de renvoi) ou le placement en rétention présentent un risque « d'exceptionnelle gravité » pour son état de santé, l'étranger retenu doit être protégé grâce à l'intervention du médecin de l'Umcr (unité médicale du centre de rétention administrative) et du médecin de l'agence régionale de santé (MARS) du lieu d'implantation du centre de rétention.



Voir aussi *Protection contre les mesures d'éloignement*, p. 67

ORGANISATION DE LA RÉTENTION ADMINISTRATIVE

- **La durée maximale de la rétention administrative d'un étranger est de 45 jours consécutifs** (5 jours puis 20 jours renouvelables une fois ; à titre exceptionnel, la durée totale de rétention pouvant aller jusqu'à 6 mois en cas de condamnation pour des actes de terrorisme). Le placement en rétention a lieu après interpellation d'un étranger, ou à l'issue d'une période d'incarcération. Il se déroule dans des lieux spécifiques ne relevant pas de l'administration pénitentiaire : les centres et locaux de rétention administrative (CRA et LRA). Le placement dans les LRA ne peut qu'exceptionnellement excéder les 48 premières heures. L'objectif de la rétention administrative est de permettre à l'administration d'organiser l'éloignement d'office de l'étranger (obtention d'un passeport ou d'un laissez-passer consulaire et réservation d'un moyen de transport). Si, à l'expiration des 45 jours, l'administration n'a pas réussi à organiser l'éloignement d'office de l'étranger, elle doit mettre fin au placement en rétention. L'étranger est alors le plus souvent remis en liberté, tout en restant frappé de la mesure

d'éloignement prise à son encontre, ou parfois traduit devant une juridiction pénale pour refus de présentation des documents de voyage ou d'embarquement (art. L 624-1 du Ceseda).

Les mineurs ne peuvent pas faire l'objet d'une mesure d'éloignement du territoire français (OQTF, APRF, IRTF, ITF, etc, voir *Protection contre les mesures d'éloignement*, p. 67)

La question de leur placement en centre de rétention se pose toutefois lorsque leurs parents y sont retenus (art. L 553-1 du Ceseda). La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH, Popov C/France, 19 janvier 2012; voir aussi CAA Nancy, 2 août 2012, n° 12NC00447) a considéré que le placement en CRA des familles ne reposait sur aucun cadre légal offrant des garanties de protection suffisantes, et était de nature à constituer, selon les circonstances, un traitement inhumain et dégradant ainsi qu'une atteinte à la vie privée et familiale. La circulaire du ministère de l'Intérieur du 6 juillet 2012 en a tiré certaines conséquences en prévoyant pour les familles la mise en œuvre du dispositif d'assignation à résidence comme alternative au placement en rétention. Elle a toutefois maintenu des hypothèses de placement en rétention.

• **Les étrangers placés en rétention ont la possibilité de communiquer avec une personne de leur choix, avec leurs autorités consulaires, et avec un avocat.** Ils ont un libre accès à des cabines téléphoniques (ils peuvent conserver leur téléphone portable quand celui-ci ne peut pas prendre de photos). Ils ont droit aux visites dans les plages horaires prévues à cet effet. Un espace permettant aux avocats de s'entretenir confidentiellement avec eux doit être prévu. Ils ont également le droit de demander l'assistance d'un interprète et l'accès gratuit à un médecin (*art. L 551-2 du Ceseda, voir infra*).

DES INTERVENANTS EXTÉRIEURS ASSURENT DES PERMANENCES DANS LES CRA

• **Une structure généralement associative fournit aux personnes retenues des informations et un soutien pour permettre l'exercice effectif de leurs droits.** Les associations intervenantes ont passé une convention avec le ministère de l'Intérieur. Selon le CRA concerné, il s'agit fin 2012 de l'ASSFAM, La Cimade, l'Ordre de Malte, Forum réfugiés et France terre d'asile (*voir coordonnées infra*).

L'institution du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), autorité administrative indépendante habilitée à visiter l'ensemble des lieux de privation de liberté, a pour mission de veiller au respect de la dignité de toute personne privée de liberté. À ce titre, il peut être saisi (*voir www.cgplp.fr*), par tout particulier (personne privée de liberté, famille, ami...) ou tout organisme ayant pour objet le respect des droits fondamentaux, en cas de difficultés rencontrées par les personnes retenues dans l'accès aux soins qui leur sont nécessaires. La saisine du Défenseur des Droits, autorité constitutionnelle indépendante (*voir www.defenseurdesdroits.fr*) peut aussi être envisagée.



• **Une équipe médicale (l'unité médicale du centre de rétention administrative ou Umcra) est en charge des questions sanitaires** (accès aux soins, aux médicaments et à des examens complémentaires, transfert vers un établissement de santé pour des consultations spécialisées ou une hospitalisation, etc.). Composée d'infirmiers, de médecins et parfois de psychologues du centre hospitalier qui a passé une convention avec la préfecture, elle est également responsable de la mise en œuvre de la protection légale des étrangers malades contre l'éloignement du territoire (art. R 553-8 du Ceseda et L 6112-1 CSP). Le personnel médical y exerce dans le respect des règles de la déontologie médicale (indépendance, secret médical, continuité des soins, etc.)

Les médecins de l'Umcra peuvent être conduits dans l'intérêt des personnes retenues à rédiger différents rapports ou certificats médicaux en tant que médecins traitants (certification dans le cadre de la procédure de protection des étrangers malades ou d'une demande d'asile, voir *infra* et guide 2008; ou encore certificats constatant des violences).

En revanche, en application de la déontologie médicale prohibant à tout médecin d'être à la fois « médecin expert et médecin traitant d'un même malade », ils ne peuvent pas, à l'égard des personnes retenues dans le CRA de leur exercice, être requis par une autorité judiciaire ou administrative, ou désignés en tant qu'expert, ni pour établir un certificat de compatibilité de l'état de santé avec la rétention ou l'éloignement, ni dans le cadre d'une expertise d'âge osseux. Dans ces hypothèses, ils doivent se récuser (art. R 4127-105 et R 4127-106 CSP).

C'est à l'administration d'établir que l'étranger retenu a pu avoir accès à un service médical et aux soins nécessaires (Cass. 1^{re}, 12 mai 2010, 09-12.877; CA Rouen, 26 juin 2012, n° 12-03223; CA Paris, 24 février 2009, n° 09-00060). Les soins prodigués, y compris à l'extérieur du CRA (hospitalisations, consultations spécialisées, examens complémentaires, etc.), doivent avoir lieu sans entrave et dans le respect du secret médical (CAA Bordeaux, 1^{er} mars 2012, 10BX01273; TGI Bordeaux, JLD, 27 octobre 2011, n° 55/2011). La circulaire ministérielle du 7 décembre 1999 (point I.C) prévoit à l'arrivée de toute personne en centre de rétention la proposition d'une consultation par le service infirmier, qui doit consigner



les constatations faites sur un cahier et en informer le médecin. Pratiquée dans plusieurs CRA bien que non formalisée dans cette circulaire, la proposition systématique d'une consultation médicale de prévention est également recommandée. Des locaux réservés aux activités médicales doivent être aménagés dans chaque CRA.

• **L'Office français de l'immigration et de l'intégration (voir OFII, guide 2008) est en charge de l'accueil, de l'information, du soutien moral et psychologique, et de l'aide à la préparation matérielle du départ** (récupération des salaires, des comptes et des bagages, formalités administratives, achats de produits de la vie courante, contacts avec les attaches dans le pays de renvoi; art. R 553-13 du Ceseda).

L'ÉTRANGER PLACÉ EN RÉTENTION ADMINISTRATIVE PEUT ÊTRE AMENÉ À RENCONTRER DEUX JUGES

• **Le juge du tribunal administratif contrôle la légalité des mesures d'éloignement du territoire et de placement en rétention.** Il doit être saisi par l'étranger. Il s'agit le plus souvent d'un recours contre une OQTF (obligation de quitter le territoire français) et/ou une décision de placement en rétention venant d'être notifiées à l'étranger à l'issue d'un contrôle de police (ou à sa sortie de prison) et devant faire l'objet d'une saisine du tribunal dans le délai très court de 48 heures (*voir Protection contre les mesures d'éloignement, p. 67*).

• **Le juge de la liberté et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance (TGI) contrôle la nécessité de la privation de liberté.** À l'expiration du 5^e puis du 25^e jour de rétention, il est saisi par l'administration (si elle n'a pu faire procéder au départ de l'étranger) afin de prolonger la durée de la rétention. Le JLD peut :

- accorder cette prolongation;
- ou ordonner l'assignation à résidence de l'étranger sur justification de « garanties de représentations effectives » et remise de l'original du passeport à un service de police ou de gendarmerie;
- ou encore mettre fin à la rétention administrative en cas d'illégalité dans la procédure depuis l'interpellation de l'étranger jusqu'à son placement en rétention. Du fait du report, par la loi du 16 juin 2011, de l'intervention du JLD au-delà du 5^e jour de rétention, l'étranger retenu risque d'être éloigné avant même que le JLD ait examiné la régularité de la procédure.

Depuis la loi du 16 juin 2011, et en plus des intervenants traditionnels en centre de rétention, l'administration doit organiser les modalités du « droit d'accès » aux centres de rétention des associations d'aide et de soutien aux étrangers (R 553-14-4 à R 553-14-8 du Ceseda).

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles L 551-2, R 553-3 7°, R 553-6 4°, R 553-8, R 553-12 et R 553-13 du Ceseda
 - Articles L 6112-1 et L 6112-8 du Code de la santé publique
 - Circulaire du ministère de la Santé du 10 novembre 2011 (point IV, situations particulières)
 - Circulaire interministérielle du 5 mai 2000 (point VI, cas particuliers)
 - Circulaire interministérielle du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention
- (voir aussi *Principes de protection et textes applicables, p. 9*)



ATTENTION AU RESPECT DU SECRET MÉDICAL

Les informations relatives à l'état de santé et à la prise en charge de l'étranger doivent figurer de manière détaillée dans le rapport médical à l'attention exclusive de l'autorité sanitaire (médecin chef à Paris) et n'ont pas à être portées à la connaissance des autorités administratives (préfet, ministre de l'Intérieur, agents administratifs des CRA). Comme en matière de droit au séjour, l'avis médical du médecin de l'ARS ne fournit au préfet aucune information ni sur la pathologie, ni sur les traitements, ni sur la nature des spécialités médicales concernées. Le secret médical n'est pas opposable au patient, qui a droit à la copie du rapport médical du médecin de l'Umcras transmis au médecin de l'ARS (art. 76 du CDM). Les dossiers médicaux sont conservés confidentiellement dans les locaux de l'Umcras.

PROTECTION CONTRE L'ÉLOIGNEMENT ET L'ENFERMEMENT DES ÉTRANGERS MALADES RETENUS

• **Les étrangers malades sont protégés contre l'exécution des mesures d'éloignement et le placement en rétention selon les mêmes critères qu'en matière de droit au séjour pour raison médicale**, c'est-à-dire lorsque ces mesures d'éloignement ou d'enfermement les exposeraient à un risque grave, soit du fait de l'incidence du placement en rétention ou du voyage de retour sur leur état de santé, soit du fait de l'impossibilité de recevoir les soins appropriés dans leur pays d'origine (TA Nîmes, 10 juil. 2009, n° 0901833). L'évaluation du risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale, et du risque associé d'exclusion des soins nécessaires en cas de retour au pays d'origine, est réalisée individuellement (*voir Rapport médical pour le droit au séjour*, p. 217). Cette situation doit conduire l'administration à attendre l'avis du médecin de l'ARS avant toute exécution de la mesure d'éloignement.

• **Pour garantir cette protection en toute circonstance, il appartient au médecin de l'Umcras (voir supra) de saisir dans les plus brefs délais le médecin de l'ARS compétente au regard du lieu d'implantation du CRA** (et non au regard du lieu de résidence de l'étranger, circ. min. du 5 mai 2000 et du 10 novembre 2011). Son intervention relève d'une obligation déontologique afin de garantir la continuité des soins, l'étranger retenu n'ayant pas le choix de son médecin (art. 47 et 50 du Code de déontologie médicale, *voir Rapport médical pour le droit au séjour*, p. 220).

Les médecins traitants habituels de l'étranger retenu peuvent être sollicités par ce dernier, par le médecin de l'Umcras et/ou par le médecin de l'ARS :

- le malade retenu, souvent soutenu par l'association intervenant en centre de rétention ou par son conseil, peut être amené à réunir les informations concernant son état de santé. Ses médecins traitants habituels peuvent donc être sollicités directement (par téléphone) pour lui transmettre (par télécopie, via l'association intervenant en centre de rétention ou l'Umcras) les documents et rapports médicaux nécessaires;
- de même, dans le cadre de leurs interventions en faveur de la continuité des soins de l'étranger malade, le médecin de l'Umcras et le médecin de l'ARS peuvent être conduits à solliciter les informations médicales strictement nécessaires de la part de leurs confrères médecins traitants.



• **En cas de risque d'exceptionnelle gravité, le médecin de l'Umcr**a doit établir un rapport médical détaillé sur le modèle des rapports demandés en matière de droit au séjour pour raison médicale (voir p. 217). Le cas échéant, ce rapport médical doit également indiquer les informations permettant au médecin de l'ARS de se prononcer sur une éventuelle contre-indication au voyage et aux moyens de transport (article 4 de l'arrêté du 9 novembre 2011; CA Paris, 15 octobre 2010, n° 10-01922), et/ou au placement en rétention (CA Aix-en-Provence, 31 octobre 2010, n° 10-00266). Le médecin de l'Umcr adresse ce rapport médical en urgence (par télécopie ou tout autre moyen de transmission rapide garantissant la confidentialité) au médecin de l'ARS du lieu d'implantation du CRA. Il en informe immédiatement le greffe du CRA et s'assure de la bonne réception de son rapport auprès du secrétariat de l'ARS, qui en avertit le préfet. Le médecin de l'ARS (ou, à Paris, le médecin chef du service médical de la préfecture de police) doit alors rendre dans un très bref délai un avis médical au préfet qui a prononcé la décision de placement en rétention, sur le modèle de l'avis médical requis dans la procédure de demande de carte de séjour pour raison médicale (voir *Dépôt et instruction de la demande*, p. 21).

Au vu de cet avis, le préfet pourra mettre un terme à l'exécution de la mesure d'éloignement et au placement en rétention. Compte tenu de la situation particulière dans laquelle se trouve l'étranger susceptible d'être éloigné du territoire à tout moment, l'ensemble de cette procédure doit être mené dans les délais les plus brefs.

• **L'intervention du médecin de l'Umcr**a ne fait pas obstacle aux procédures de recours au juge (devant le JLD et/ou le tribunal administratif) et/ou à l'administration (demande d'abrogation et/ou d'assignation à résidence) pouvant être diligentées par l'étranger lui-même ou son conseil (voir *Protection contre les mesures d'éloignement*, p. 67 et *Assignation à résidence pour raison médicale*, p. 77).

Dans le cadre de ces procédures, le médecin de l'Umcr pourra être sollicité par l'étranger pour établir :

- soit un rapport médical sous pli confidentiel à l'attention du médecin de l'ARS;
- soit un certificat médical à l'attention du juge administratif ou judiciaire, qui lèvera le secret médical avec l'accord du patient (TA Marseille, 29 septembre 2009, n° 0904328).

Si le médecin de l'Umcr dispose d'informations de nature à éclairer l'existence d'une contre-indication au voyage et/ou aux moyens de transport, il l'indiquera également.

Pour contacter le médecin de l'unité médicale du centre de rétention administrative :

- demander les coordonnées de l'Umcr à l'association intervenant dans le centre de rétention (voir *infra*);
- ou s'adresser à la Fumcr (Fédération des Umcr), département de médecine légale, sociale et pénitentiaire, hôpital Cimiez, 4, av. de la Reine-Victoria, BP 1179, 06003 Nice Cedex 1, Tél./fax : 04 92 17 26 15, fumcr@orange.fr



Coordonnées des permanences associatives au sein des centres de rétention administrative (fin 2012)

CRA	Association
06 NICE, Caserne d'Auvare 28, rue de la Roquebillière 06300	Forum réfugiés Tél./Fax : 04 93 55 68 11 - 06 22 50 74 14
13 MARSEILLE 26, bd Danielle Casanova 13014	Forum réfugiés, 04 91 56 69 56 - 06 22 50 73 97 Fax : 04 91 53 97 23
30 NÎMES avenue Clément-Ader 30000	La Cimade 09 64 10 27 88 - 06 77 12 43 32 Fax : 04 66 21 97 09
31 TOULOUSE avenue Pierre-Georges-Latécoère 31700 Cornebarrieu	La Cimade 05 34 52 13 92 - 05 34 52 13 93 Fax : 05 34 52 12 07
33 BORDEAUX, Commissariat central 23, rue François-de-Sourdis 33000	La Cimade, 05 57 85 74 87 - 06 76 64 31 63 Fax : 05 56 45 53 09
34 SÈTE 15, quai François-Maillol 34200	La Cimade, Tél./Fax : 04 67 74 39 22 Urgence : 06 70 71 01 27
35 RENNES lieu-dit Le Reynel, 35136 Saint-Jacques-de-la-Lande	La Cimade, 02 99 65 66 19 ou 28 - 06 30 27 82 55 Fax : 02 99 65 66 07
57 METZ, Quartier Desvallières rue de la Ronde 57050 Mets-devant-les-Ponts	Ordre de Malte, 03 87 36 90 08 - 06 88 36 00 03 Fax : 03 87 50 63 98 crametz@ordredemaltefrance.org
59 LILLE site I, route de la Drève 59810 Lesquin	Ordre de Malte, 03 20 85 25 59 - 06 88 36 89 20 Fax : 03 20 85 24 92 cralille@ordredemaltefrance.org
62 COQUELLES, Hôtel de police, bd du Kent 62903	FTDA, Tél./Fax : 03 21 85 28 46
64 HENDAYE rue Joliot-Curie, 64700	La Cimade, 05 59 20 86 73 - 06 77 37 89 06 Fax : 09 72 35 32 26
66 PERPIGNAN, rue des Frères-Voisins lotissement Torre Milla 66000 Perpignan	La Cimade, 04 68 64 32 22 - 06 75 67 83 08 Fax : 04 68 64 56
67 STRASBOURG rue du Fort 67118 Geispolsheim	Ordre de Malte, 03 39 70 08 - 06 88 36 31 99 Fax : 03 88 84 83 65 crastrasbourg@ordredemaltefrance.org
69 LYON, Poste de police aux frontières, espace Lyon Saint-Exupéry-CRA, 69125 Lyon Aéroport	Forum réfugiés, 04 72 23 81 64 - 06 22 50 73 60 Fax : 04 72 23 81 45
75 PARIS, site du palais de justice, dépôt, 3, quai de l'Horloge 75001	Assfam, Tél./Fax : 01 46 33 13 63
75 VINCENNES, sites I et II de Vincennes ENPP avenue de Joinville, 75012	Assfam, 06 69 29 52 26 - 01 48 00 80 95 01 43 96 27 50 - 01 43 75 99 67 vincennes1@assfam.org
76 ROUEN, École nationale de police route des Essarts, 76350 Oissel	FTDA, Tél./Fax : 02 35 68 75 67
77 MESNIL 1 Fermé pour cause de travaux	



CRA	Association
77 MESNIL 2 6, rue de Paris, 77990 Le Mesnil-Amelot	La Cimade, 01 60 36 09 17 - 01 60 26 44 78 Fax : 01 60 54 17 42
77 MESNIL 3 2, rue de Paris, 77990 Le Mesnil-Amelot	La Cimade, 01 64 67 78 49 - 01 64 67 75 07 Fax : 01 64 67 75 54
78 PLAISIR 889, avenue François Mitterrand 78370	FTDA, Tél./Fax : 01 30 55 32 26
91 PALAISEAU Hôtel de police, rue Émile-Zola 91120	FTDA, 01 69 31 65 09 - Fax : 01 60 10 28 73
93 BOBIGNY Hôtel de police, 45, rue de Carency 93000	Assfam, 01 48 30 41 91 - Fax : 01 41 60 28 84
97 LES ABYMES (Guadeloupe)	La Cimade, Tél./Fax : 05 90 24 49 54 - 06 94 24 74 44
97 LE CHAUDRON (La Réunion)	La Cimade, 06 93 90 84 21 - 02 62 40 99 72 Fax : 02 62 40 99 80
97 MATOURY (Guyane)	La Cimade, Tél. 05 94 28 02 61 - 06 94 45 64 58

• **S'il est mis fin à la mesure de rétention administrative, l'étranger est libéré mais n'est pas « régularisé ».**

Afin de faciliter la continuité des soins à la sortie du centre de rétention, le personnel de l'Umcrea doit donc veiller à lui fournir les informations nécessaires permettant l'orientation vers les dispositifs de soins adaptés à sa situation et, le cas échéant, l'ouverture d'une couverture maladie (assurance maladie, CMU-C, AME, etc.). S'il remplit les conditions de délivrance d'un titre de séjour, il devra déposer une demande auprès de la préfecture de son lieu de résidence (*voir Dépôt et instruction de la demande, p. 21*). Il faudra au préalable vérifier si la mesure d'éloignement est déjà abrogée ou annulée, afin de déterminer la procédure à suivre et les risques encourus (*voir Évaluation préalable de la demande, p. 14; Protection contre les mesures d'éloignement, p. 67*). À l'occasion de ces nouvelles démarches, il sera utile de pouvoir justifier de l'avis médical favorable rendu par le médecin de l'ARS pendant la rétention : l'étranger pourra en obtenir copie auprès des services préfectoraux (loi n° 78-753 du 17 juillet 1978; modèles de lettre de demande disponibles sur www.comede.org, rubrique Formulaires et modèles).

**RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES,
POUR EN SAVOIR PLUS**

ASSFAM, La Cimade, Forum réfugiés, France Terre d'Asile et Ordre de Malte, Rapport 2010 sur les centres et locaux de rétention administrative, décembre 2011

CGLPL, Rapports et saisines du contrôleur général des lieux de privation de liberté, www.cgplp.fr

Fumcra, Avis concernant les certificats médicaux de compatibilité avec une mesure de rétention et/ou avec une mesure d'éloignement, 8 janvier 2012



ACCÈS AUX SOINS

« Si la délivrance "gratuite" des soins est parfois possible pour les personnes démunies, seule l'acquisition d'une protection complémentaire (CMU-C/ AME) peut permettre la continuité des soins »

CONDITIONS DE L'ACCÈS AUX SOINS

Selon la loi et la déontologie, toute personne démunie doit recevoir les soins nécessaires dans l'ensemble des services de santé, mais dans la pratique les obstacles à l'accès aux soins des migrants/étrangers en situation précaire restent nombreux. Si la délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est parfois possible, seule une protection de base assortie d'une couverture complémentaire (Complémentaire-CMU/AME), peut permettre la continuité des soins. Or la prise en charge des exilés se heurte à des difficultés croissantes d'obtention d'une protection maladie, mais également à des refus de soins par certains professionnels de santé face aux bénéficiaires de la Complémentaire-CMU ou de l'AME.



Voir aussi Dispositifs de protection maladie, p. 116

OBSTACLES ET ITINÉRAIRES DE SOINS

• **En France, l'accès aux soins des démunis n'est réalisable qu'en cas de dispense d'avance des frais** (voir p. 123).

Dans tous les services « de droit commun », l'accès aux soins curatifs est payant. C'est pourquoi, sauf dispense d'avance des frais, les personnes en situation de grande précarité financière ne se rendront dans une structure de soins que dans les situations qu'ils jugent urgentes et/ou prioritaires, au risque d'un refus ou d'une facture à recevoir. L'accès aux soins se trouve ainsi lié à l'accès aux droits.

• **Très souvent évoqués, les obstacles culturels à l'accès aux soins ne se trouvent pas forcément du côté des migrants/étrangers.** En matière de Sécurité sociale, la complexité des droits et des procédures est ressentie par l'ensemble des usagers et des professionnels. S'il existe une culture commune aux étrangers en séjour précaire, c'est la culture de la survie :

les démarches pour « les papiers » (préfecture) ou l'hébergement sont naturellement prioritaires par rapport aux besoins, également ressentis, de prévention médicale.

• **La culture du système de santé face aux usagers « à problème » participe de l'exclusion des soins.** L'existence de dispositifs « spécialisés » (pour les pauvres et/ou les étrangers) et le recours parfois inutile aux dispositifs de soins gratuits entretiennent les mécanismes d'une exclusion « douce ». De plus, dans de nombreuses croyances, les soins et traitements gratuits sont réputés être moins efficaces que les soins payants. La culture du « remboursement » propre à l'institution Sécurité sociale est une difficulté supplémentaire pour l'application de la réforme CMU, où l'ouverture de droits doit théoriquement précéder le soin. Enfin, la culture médicale, où prime souvent la technicité du soin par rapport à la prise en charge du patient, peut également poser problème. L'obtention d'une protection maladie n'est pas seulement « l'affaire de l'assistante sociale », elle doit également impliquer les professionnels de santé, dont les médecins.

• **Les obstacles linguistiques se trouvent à toutes les étapes du parcours pour les exilés qui ne parlent ni français ni anglais (voir *Interprétariat, guide 2008*).** La présence d'un interprète professionnel est particulièrement recommandée, mais difficile à obtenir dans de nombreux dispositifs de soins. À défaut, l'accompagnant faisant office d'interprète a l'avantage de pouvoir suivre le patient dans ses diverses démarches, mais ne présente pas les qualités requises d'un professionnel : technicité, neutralité et confidentialité. Pour résoudre des difficultés ponctuelles, le recours par téléphone à un proche du patient ou à un service d'interprétariat professionnel peut être utile.

Conditions d'accès aux différents dispositifs de santé

Pour les coordonnées des 28 000 établissements de santé et médico-sociaux en France :

Annuaire sanitaire et social, www.sanitaire-social.com

- les dispositifs de santé publique (*voir CDAG et centres de prévention, Centres référents en santé mentale, et Répertoires régionaux*) assurent des services gratuits de prévention et de dépistage pour l'ensemble de la population. Certains d'entre eux doivent également délivrer les médicaments nécessaires (antituberculeux dans les CAT, psychotropes dans les CMP);
- les dispositifs de soins de droit commun (cabinets



médicaux, centres de santé, hôpitaux publics et de service public) sont payants, et ne sont accessibles pour les personnes démunies qu'avec une protection maladie (*à l'exception des PASS, voir p. 97*). À défaut, il est parfois possible de bénéficier d'une consultation médicale gratuite (actes gratuits en médecine ambulatoire) ou sans paiement préalable (urgences hospitalières, avec réception consécutive de la facture à domicile et régularisation du dossier a posteriori);

- **les dispositifs de « soins gratuits »** permettent théoriquement de pallier les périodes d'exclusion de droits pour les personnes démunies. Les centres gérés par les organisations non gouvernementales peuvent généralement délivrer des médicaments et effectuer des examens simples. Mais l'accès aux consultations, actes et traitements spécialisés n'est effectif que dans les dispositifs de droit commun et à condition d'une dispense d'avance des frais (protection individuelle de base et complémentaire préalable), et à défaut dans les permanences d'accès aux soins de santé (*PASS, voir chapitre suivant*) de l'hôpital public, dont certaines génèrent toutefois des factures.

PREMIERS SOINS ET CONTINUITÉ DES SOINS

- **La méconnaissance du droit de la protection maladie, particulièrement de la procédure d'admission immédiate à la Complémentaire-CMU (voir p. 158) ou d'instruction prioritaire d'une demande d'AME (voir p. 181), alimente le recours aux dispositifs de « soins gratuits ».** Or, en l'absence d'une protection maladie intégrale, ces dispositifs ne peuvent assurer la continuité des soins au-delà des premiers soins délivrés, et tendent souvent à développer une médecine « à moindre frais », où les examens et les traitements ne dépendent plus seulement de la pathologie, mais des ressources du dispositif et/ou du patient.

- **La délivrance « gratuite » de soins préventifs et des premiers soins curatifs est possible dans certains dispositifs spécialisés.** Dans les centres de certaines associations, PASS de l'Hôpital public, en médecine de ville (actes gratuits), ou en cas de consultation nocturne aux urgences, on peut bénéficier sans avancer les frais d'une consultation médicale, assortie d'une prescription de traitements ou d'explorations complémentaires, et certains dispositifs de soins gratuits délivrent également les premiers traitements nécessaires ou permettent l'accès



à une consultation spécialisée. Certains de ces services sont « faussement gratuits » et génèrent des factures, elles-mêmes à l'origine d'abandon de soins pour certains patients qui ne savent pas comment payer.

• **La continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie intégrale avec dispense d'avance des frais (assurance maladie + protection complémentaire, ou AME).** Sans protection complémentaire, les usagers financièrement démunis ne peuvent se soigner. La répétition des soins ou la nécessité de soins spécialisés sont incompatibles avec la « gratuité » : hospitalisation non urgente, thérapeutiques coûteuses, bilans réguliers et traitements quotidiens pour les affections chroniques. Sans protection complémentaire, l'interruption des soins est la règle, immédiate ou consécutive à la réception à domicile de la facture relative aux premiers soins délivrés. Considérés comme « perdus de vue » par les dispositifs de droit commun, certains de ces patients retournent, en cas d'aggravation de leur état, vers les dispositifs spécialisés.

Certaines affections de longue durée (ALD) permettent une prise en charge à 100% par l'assurance maladie quel que soit le niveau de ressources (*voir p. 151*). Il est important d'en faire la demande afin de permettre la continuité des soins à l'occasion des renouvellements de la CMU-C ou en cas de perte de la CMU-C lorsque la situation sociale et financière s'améliore.

OBTENIR UNE PROTECTION MALADIE (VOIR P. 116)

Permanence téléphonique du Comede Droits, soutien, accès aux soins (DSAS)

☎ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi de 9 h 30 à 12 h 30
Accès aux dispositifs de soins, Sécurité sociale, CMU, AME, FSUV et droit au séjour des étrangers malades

• **Depuis la réforme législative de l'Aide médicale État (AME) en décembre 2003, une partie de la population peut se trouver juridiquement exclue des soins médicaux nécessaires,** au moins jusqu'au stade d'urgence hospitalière, en raison de la création d'un délai de résidence de 3 mois.

• **Récemment arrivés en France ou en situation de rupture de droits, les exilés sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes :** immatriculation, affiliation à la couverture de base, admission à la protection complémentaire-CMU ou AME. Des difficultés persistent en raison de la complexité du système et de la méconnaissance du droit par les professionnels de la santé, du social ou de la Sécurité sociale. Elles sont liées à la fois au contrôle imposé par la loi aux caisses primaires pour la différenciation assurance



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, Rapport d'activité et d'observation 2011, www.comede.org

Fonds CMU, 5^e Rapport d'évaluation de la loi CMU novembre 2011, www.cmu.fr

Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins 2011, www.medecinsdumonde.org

maladie/AME (régularité du séjour), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et aux changements fréquents de statut administratif des personnes (demandeurs d'asile).

• **L'information délivrée par les travailleurs sociaux ou les soignants, au besoin à l'aide d'un interprète, est déterminante.** Le patient doit comprendre l'intérêt des démarches et leur logique : seule la complémentaire-CMU/AME garantit la dispense d'avance des frais pour tous les soins, contrairement au « 100 % ALD » qui ne concerne que les soins liés à la pathologie concernée (*voir encadré supra*). Il doit être prévenu des diverses exigences de la Sécurité sociale (attestations d'identité, de résidence, de domiciliation/hébergement, de ressources) et du risque de refus lors de sa première demande ou de la demande d'admission immédiate (complémentaire-CMU) ou d'instruction prioritaire (AME) pour revenir solliciter l'intervention du professionnel ou de l'association et assurer le suivi de cette demande.

• **L'intervention d'un professionnel ou d'une association spécialisée peut être nécessaire auprès du centre de Sécurité sociale ou du siège de la CPAM/CGSS.** Il est souvent impossible pour un demandeur isolé de lever un obstacle sans aide. En outre, certaines solutions restent hors d'atteinte des intervenants, comme la systématisation de la délivrance par les caisses de récépissés des demandes, la délivrance de la carte Vitale même en cas de numéro d'immatriculation « provisoire » et l'intervention en cas de refus de soins par des professionnels de santé (consultation médicale, délivrance de médicaments...), notamment en cas d'absence de carte Vitale et malgré une notification écrite d'admission.

PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

Dans le cadre de la loi relative à la lutte contre l'exclusion de juillet 1998, des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mises en place dans les établissements de santé (hôpitaux publics et associés au service public hospitalier). Si les dispositifs PASS peuvent varier dans la pratique, ils ont tous pour mission d'accueillir et de prendre en charge les publics en situation de précarité, y compris les étrangers résidant en France depuis moins de 3 mois, lorsqu'ils sont exclus de l'Aide médicale État ou du Fonds pour les soins urgents et vitaux.



Voir aussi les répertoires régionaux et Protection maladie selon le statut, p. 188

DROIT ET PRINCIPES

Article L 6112-6 du Code de la santé publique (CSP)

« Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies mentionnés au 3^o de l'article L 1434-2, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L 6112-1 mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des **consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques** ainsi que des **traitements** qui sont délivrés **gratuitement** à ces personnes. »

• **Contribution des établissements à la lutte contre l'exclusion.** Selon les articles L 6112-1, 9° et L 6112-3 du CSP, incombe aux établissements de santé la mission de service public de contribuer « à la lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux ». Il leur appartient aussi de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent », de veiller « à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. À cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

• **Il existe des PASS généralistes et des PASS spécialisées :** des PASS dans des établissements autorisés en psychiatrie, des PASS pour les soins dentaires et des PASS à vocation régionale ayant pour mission le renforcement des moyens de coordination et d'expertise.

PRATIQUES ET LIMITES

**Ministère de la Santé, DHOS,
Organiser une permanence d'accès aux soins de santé,
recommandations et indicateurs, 2008 :**

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/organiser_une_pass.pdf

• **Les PASS se situent majoritairement dans des établissements publics de santé** et préférentiellement de grande taille. Mais en 2012, une permanence sur six est située dans des unités urbaines de petite taille ou en zone rurale; deux permanences sur trois sont situées dans des unités urbaines de taille moyenne.

• **Conformément au guide des recommandations sur l'organisation des PASS** établi par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (*voir encadré supra*), les acteurs des PASS doivent développer des partenariats à l'hôpital, ainsi qu'à l'extérieur de l'établissement (acteurs sociaux, associations, médecine de ville, réseaux de santé...) afin de garantir une lisibilité interne et externe des dispositifs



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, Rapport d'activité et d'observation, www.comede.org

DHOS, Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des PASS, www.sante.gouv.fr

Médecins du monde, Observatoire de l'accès aux soins 2011, www.medecinsdumonde.org

ODSE, Rapports d'observation, www.odse.eu.org

et de s'inscrire dans les relais du parcours de soins de l'individu en bonne intelligence avec l'ensemble des partenaires. Cet objectif n'est cependant aujourd'hui pas encore atteint dans un certain nombre de PASS, ce qui n'en facilite pas l'accès.

• Il existe une grande diversité de moyens et de modes d'organisation des PASS :

- les PASS centralisées, qui offrent un accueil et des soins en leur sein ou à proximité immédiate, dans un local spécifique et clairement délimité;
- les PASS transversales quand l'ensemble des intervenants dans l'établissement doit assurer une prise en charge adaptée aux caractéristiques des personnes vivant en situation de précarité, le patient PASS accédant comme tout un chacun aux soins dispensés dans l'établissement, éventuellement repéré par l'intermédiaire d'une signalisation;
- des PASS mobiles, qui se situent en dehors de l'enceinte de l'établissement de santé.

Les équipes des PASS s'appuient sur des travailleurs sociaux, du personnel infirmier et des médecins.

La DGOS prévoit la publication d'une circulaire ministérielle au second semestre 2013 destinée à préciser le cadre général d'intervention et les conditions de fonctionnement et de financement des Pass. Cette circulaire rappellerait notamment :

- que les Pass visent à fournir gratuitement les soins nécessaires à la préservation de l'état de santé, en permettant l'accès au plateau technique de l'hôpital et la fourniture de médicaments, tout en prévoyant les moyens humains pour accompagner les personnes dans le recouvrement des droits,
- que les Pass visent non seulement les personnes n'ayant ni droit ouvert ni droit potentiel à une protection maladie, mais aussi les personnes ayant une protection maladie mais exclues du système de santé de droit commun du fait de leur vulnérabilité sociale (isolement, errance, à la rue, absence de domicile stable, difficulté à comprendre les exigences administratives, sociales et médicales, barrière de la langue).

• **Le financement de ce service public obligatoire** repose sur une demande explicite de chaque établissement hospitalier auprès de l'Agence régionale de santé (ARS) au titre des missions d'intérêt général, c'est à dire non tarifées à l'activité. La responsabilité du fonctionnement effectif d'une Pass est donc partagée entre l'établissement hospitalier et l'ARS



• **Dans l'observation du Comede, les obstacles relevés à l'accès à la Pass sont :**

- l'absence pure et simple de Pass au sein de l'hôpital;
- l'absence de signalétique, la méconnaissance du dispositif au sein de l'hôpital ou un manque de communication externe. Dans ce dernier cas, le service social de l'hôpital ressort comme l'interlocuteur le plus informé;
- l'émission de factures consécutives à des soins pourtant délivrés dans le cadre du dispositif Pass à des personnes démunies;
- des cas de refus, de restrictions de soins et de rupture dans la continuité des soins à l'égard des personnes considérées comme « sans droit potentiel » à une protection maladie. Ces refus et restrictions de soins se fondent souvent sur une analyse erronée de la situation des droits et de l'utilisation du Fonds pour les soins urgents et vitaux, ainsi que sur la confusion, dans certains services hospitaliers, entre l'évaluation médico-sociale - destinée à la continuité des soins - et l'évaluation administrative destinée au recouvrement des frais.

• **Dans l'observation de Médecins du monde, les procédures de remise de traitements ne sont « pas toujours opérationnelles ou restent complexes »,** ce qui conduit bon nombre de patients à ressortir de l'hôpital avec une ordonnance à honorer, même lorsqu'ils ne peuvent pas payer. Il arrive que des personnes soient directement orientées par les hôpitaux vers Médecins du monde pour la remise de traitements.

Malgré l'engagement de certains professionnels hospitaliers pour faire exister une PASS fonctionnelle au sein de leur établissement, **les dysfonctionnements restent fréquents, qui peuvent se traduire par des restrictions de soins notamment à l'égard des étrangers démunis récemment arrivés en France.** En cas de problème, il faut intervenir auprès du responsable de la PASS ou de la direction de l'établissement.

Permanence téléphonique DSAS du Comede : 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi de 9 h 30 à 12 h 30.

FONDS POUR LES SOINS URGENTS ET VITAUX

Créé en 2003 concomitamment à l'instauration d'un délai d'ancienneté de résidence de 3 mois pour accéder à l'Aide médicale État (AME), le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) a pour objectif d'instaurer un financement de l'obligation déontologique des établissements de santé de délivrer les soins indispensables aux personnes dépourvues de tout droit potentiel à l'AME. Il vise à partiellement compenser l'exclusion de l'AME des étrangers nouvellement arrivés en France. Ce Fonds ne constitue pas un système de protection maladie mais un mode de paiement des soins fournis en urgence par l'Hôpital public (ou assimilé) et n'ouvre donc pas de droits personnels à l'AME. Son champ d'application soulève des difficultés pour les titulaires de visa en cours de validité.

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE : LES TEXTES APPLICABLES

Textes accessibles sur www.comede.org, rubrique Services, Textes réglementaires

L'article L 254-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) constitue la base légale du Fonds.

« Les soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître, et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L 380-1 du CSS et qui ne sont pas bénéficiaires de l'Aide médicale État en application de l'article L 251-1, sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. »

La circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005

« relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale État » précise le champ d'application, la définition des soins urgents et les modalités de procédure.

• La circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04

du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire du 16 mars 2005 précise que les ressortissants de l'Espace économique européen sont éligibles, si besoin, au Fonds. Elle indique que les mineurs relèvent par principe de l'Aide médicale État de droit commun (*voir p. 166*) sans condition d'ancienneté de résidence en France, conformément à la jurisprudence du Conseil d'État en date du 7 juin 2006 faisant référence à l'application de la convention internationale des droits de l'enfant ratifiée par la France.

• La convention entre l'État et la Cnamts du 21 juin 2011

organise les modalités de facturation des soins urgents.

NATURE DE LA PRESTATION ET LIEN AVEC L'AIDE MÉDICALE ÉTAT DE DROIT COMMUN

Bien qu'inséré au titre 5 du CASF, le Fonds L 254-1 ou FSUV n'est pas une prestation d'Aide médicale État (AME). À la différence de l'AME de droit commun, le Fonds n'ouvre pas de droits personnels à une protection maladie pour l'année à venir, mais vise à soutenir l'Hôpital public (et les établissements assimilés) face au risque de créance irrécouvrable. L'appellation « d'aide médicale urgente » parfois utilisée ne correspond à aucun dispositif et entretient la confusion avec la possibilité d'obtenir rapidement l'AME de droit commun grâce à la procédure « d'instruction prioritaire ». Le bénéfice du FSUV est cependant un droit patrimonial pour la personne qui en remplit les conditions, et est justiciable devant le juge de l'aide sociale, lequel s'autorise à requalifier une demande d'Aide médicale État de droit commun (qu'il rejette) en une demande de bénéfice du FSUV, qu'il octroie (Commission centrale d'aide sociale, 27 avril 2006; n° 051413).



ATTENTION

Les étrangers en cours d'instruction d'une demande d'AME et ayant besoin d'un accès rapide aux soins ne relèvent pas du Fonds pour les soins urgents et vitaux, mais relèvent bien de l'AME de droit commun via la procédure dite « d'instruction prioritaire » (voir p. 181).

ATTENTION

Le contrôle de la présence en France pour les 3 mois précédant une demande ne concerne pas les cas de renouvellement (voir p. 174)

PERSONNES CONCERNÉES

• **Selon la loi, il s'agit des personnes réunissant les quatre conditions suivantes :**

- être de nationalité étrangère (y compris les ressortissants communautaires). Les Français rapatriés seraient théoriquement exclus;
- « résider » en France;
- être en séjour irrégulier (*voir infra pour les titulaires de visa en cours de validité*);
- ne pas remplir les conditions pour bénéficier de l'AME de droit commun.

• **En pratique, il s'agit :**

- des étrangers présents en France depuis moins de 3 mois sans visa ou dont le visa est venu à expiration (*voir les précisions ci dessous*);
- des étrangers résidant irrégulièrement en France, présents depuis plus de 3 mois, pour lesquels la rétroactivité de 1 mois en AME de droit commun s'avère insuffisante faute d'avoir effectué les démarches d'ouverture de droits dans ce délai;
- des étrangers résidant irrégulièrement en France depuis plus de 3 mois mais sans pouvoir apporter la preuve de leur présence au cours des 3 derniers mois;
- des étrangers résidant irrégulièrement en France depuis plus de 3 mois, exclus de toute protection maladie du fait de ressources supérieures au plafond de l'AME (*voir infra Conditions de ressources*);

CONDITION « D'IRRÉGULARITÉ » DE SÉJOUR ET SITUATION DES ÉTRANGERS SOUS VISA

• **L'article L 254-1 du CASF vise les étrangers résidant en France sans remplir la condition de « résidence régulière ».**

Plus précisément, il s'agit d'étrangers ne disposant pas d'un titre de séjour ou d'un document de séjour au sens de l'assurance maladie sur critère de résidence (*voir CMU de base, p. 118*).

• **Les étrangers dont le visa est en cours de validité sont donc exclus (paradoxalement) du bénéfice de ce Fonds** par le droit interne français, ainsi que le confirme la jurisprudence de la Commission centrale d'aide sociale (4.6.2007 n° 061433; 13.11.2007 n° 070126; 3.4.2009 n° 081394; 27.1.2010 n° 091111). Ainsi, même les personnes ayant vocation à vivre durablement



en France (conjoint de Français notamment) se trouveraient exclus du FSUV pendant la période de validité de leur visa (attention : elles pourraient éventuellement être éligibles à une autre prise en charge de droit Français). Elles sont supposées être couvertes par une assurance médicale privée, nécessaire à l'obtention du visa (mais limitée aux seuls soins inopinés).

Savoir lire un visa

Il importe de ne pas confondre, d'une part, la durée de validité du visa signalée par une date de début et une date de fin, et, d'autre part, la durée de séjour autorisée exprimée en jours (et limitée à 90 jours au maximum pour un visa de court séjour).
Dans cet exemple : Un visa de 90 jours (et non pas 3 ans)
Date de délivrance : 25.10.2010
Durée du séjour autorisé : par période de 6 mois, 90 jours



en une seule fois ou en séjours fractionnés

Période où utiliser le crédit de 90 jours :

du 13.12.2010 au 12.12.2013, soit 3 ans

Séjour régulier : pendant 90 jours consécutifs à compter de l'entrée en France

Séjour irrégulier : au 91^e jour après l'entrée

Si la personne entre sur le territoire Schengen le 15 juin 2013, elle devient en séjour irrégulier dès le 16 septembre 2013 (fin du crédit de 90 jours) et non pas le lendemain du 12 décembre 2013.

Si la personne entre sur le territoire Schengen le 1^{er} décembre 2013, elle devient en séjour irrégulier le lendemain du 12 décembre 2013 (fin de validité du visa).

Pour en savoir plus sur les visas : *Cahier juridique du Gisti, Entrée, circulation en France et dans l'espace Schengen*, janvier 2013.



• **En conséquence, les étrangers, pendant la période de validité de leur visa court séjour (≤ à 90 jours), sont dans la situation suivante :**

- ils ne sont pas éligibles au Fonds pour les soins urgents et vitaux, selon une lecture littérale de l'article L 254-1 du CASF ;
- ils sont supposés disposer d'une assurance privée obligatoire couvrant jusqu'à 30 000 € (art. L 211-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) mais qui se limite généralement aux soins inopinés (les ressortissants des pays dispensés de visa sont dispensés de fait de cette obligation, mais peuvent y avoir souscrit volontairement) ;
- ils ne sont pas éligibles à l'Aide médicale État de droit commun car ils ne remplissent pas la condition d'irrégularité, ni la condition d'ancienneté de présence pour les majeurs *pour les mineurs, voir p. 189* ;
- ils ne sont pas éligibles à l'assurance maladie comme assurés sur critères socioprofessionnels car le visa n'est pas inclus dans la liste des titres de séjour requis par l'article D 115-1 CSS ;
- ils ne sont pas éligibles à l'assurance maladie comme assurés sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la « CMU de base ») car la condition d'ancienneté de présence n'est pas remplie (*voir Cas de dispense, p. 126*) ;
- ils ne sont pas éligibles à l'assurance maladie comme ayants droit majeur sauf exception, *voir p. 141* car le visa n'est pas inclus dans la liste des titres de séjour requis par l'article D 161-15 CSS ;
- ils peuvent théoriquement demander une prise en charge dite « humanitaire » au titre de l'AME sur décision du ministre (*voir p. 176*).

• **Les mineurs ne sont pas exclus « de droit » du FSUV.**

Si la circulaire ministérielle du 7 janvier 2008, indique que « *les soins dont bénéficient [les] enfants mineurs ne doivent plus être imputés sur le dispositif des soins urgents* », ce n'est pas parce que la loi les prive du droit au FSUV, mais parce que les mineurs sont supposés pouvoir accéder à l'Aide médicale État de droit commun pour financer leurs soins, le bénéfice du FSUV devenant sans objet.

• **Conditions de ressources.** Aucune condition de ressources n'est mentionnée par la loi ou par circulaire ministérielle. De plus, la circulaire ministérielle n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 indique que le FSUV peut être activé au profit de personnes exclues de l'AME de droit commun du fait de ressources supérieures au plafond (si les conditions médicales d'accès au FSUV sont remplies).



DÉFINITION DES SOINS URGENTS ET VITAUX

Le FSUV doit permettre la couverture de l'ensemble des « soins urgents et vitaux » (*voir supra l'article L 254-1 CASF*).

La circulaire ministérielle du 16 mars 2005 y inclut de manière non limitative les situations suivantes :

- les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le VIH, par exemple);
- la grossesse (examens de prévention durant et après la grossesse, soins à la femme enceinte et au nouveau-né);
- IVG et interruption médicale de grossesse.

Dans la pratique, l'ouverture préalable d'une AME, si besoin en procédure d'instruction prioritaire (*voir p. 184*), est toujours préférable à l'utilisation rétrospective du Fonds qui ne permet pas la continuité des soins au-delà de l'hospitalisation en cause.

NATURE DE LA PRISE EN CHARGE

• **Lieu de soins.** Aux termes de la loi, sont pris en charge les soins dispensés en établissements de santé tant publics que privés. En revanche, les soins en ville sont exclus.

• **Nature des soins.** Aux termes de la circulaire ministérielle du 16 mars 2005, hospitalisations, frais de transport et consultations externes sont pris en charge. Attention : seuls les médicaments prescrits à l'occasion de la délivrance des soins urgents seront pris en charge par le FSUV (avec possibilité de maintien si la prescription initiale émane du médecin hospitalier si ce dernier atteste de la nécessité de la poursuite du traitement après les soins hospitaliers). Les restrictions au panier de soins applicables en matière d'AME de droit commun (cures thermales, procréation médicalement assistée, *voir p. 184*) sont applicables également au FSUV.

• **Niveau de couverture.** Il s'agit d'une couverture identique à celle de l'AME de droit commun (renvoi à l'article L 251-2 du CASF), c'est-à-dire à ce jour l'équivalent d'un « 100 % Sécurité sociale ».

• **Gratuité.** L'accès à ce Fonds est gratuit.

• **Délai pour demander le bénéfice du Fonds.** Il est recommandé de demander rapidement le bénéfice du Fonds dès la délivrance



des soins par l'hôpital public ou l'établissement privé. Cependant la commission départementale d'aide sociale de l'Isère (15 octobre 2009; pas de n° d'affaire) a estimé que le délai de rétroactivité de 30 jours au maximum imposé en Aide médicale État de droit commun n'est pas applicable au FSUV et qu'aucun texte ne limite le délai de dépôt d'une demande de prise en charge au titre de l'article L 254-1 du CASF.

PROCÉDURE

- **Les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et les caisses générales de Sécurité sociale (CGSS)** sont chargées, pour le compte de l'État, d'instruire les demandes et de servir la prestation.

- **La procédure relève du processus de facturation par les services compétents des hôpitaux.** En pratique, et dans la mesure où il ne s'agit pas d'une protection maladie, il n'appartient pas à l'étranger lui-même de mettre en route la demande de prise en charge financière au titre de l'article L 254-1 du CASF. C'est donc l'hôpital qui doit requérir la mise en œuvre du Fonds, en saisissant la caisse du lieu d'implantation de l'établissement (et non du département de résidence du patient) d'une demande de prise en charge au titre du Fonds L 254-1 du CASF. En cas de défaillance de l'hôpital, aucun texte n'exclut que le bénéficiaire des soins (ou son représentant) saisisse directement la caisse d'une demande de prise en charge de la facture hospitalière au titre du FSUV et en conteste le refus devant le juge (par exemple : demande par l'hôpital/ refus/recours par l'intéressé recevable; commission départementale d'aide sociale de l'Isère, 15 octobre 2009; pas de n° d'affaire).

- **Cette situation requiert donc une coopération étroite entre différents services de l'établissement de santé :**
 - d'une part, le service social hospitalier, lequel est habituellement en charge du bilan des droits du patient, pourra conclure à la nécessité de demander une prise en charge au titre des « soins urgents » si aucun autre financement n'est possible;
 - d'autre part, les médecins qui ont fourni les soins doivent délivrer un certificat médical non descriptif attestant que le patient a nécessité « *des soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître* »;



- enfin, les services des frais de séjour, des traitements externes et de la pharmacie, une fois munis de l'information sur le type de prise en charge, devront renoncer à envoyer la facture au patient et saisir la CPAM/CGSS.

• **L'exigence d'un refus écrit d'Aide médicale État pour présenter une demande de prise en charge au titre du FSUV**

est imposée par la circulaire ministérielle DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008. Ce faisant, ce texte impose un double travail aux caisses concernées, en augmentant les risques de perte du dossier. Le Fonds s'adresse en effet généralement à des personnes peu expérimentées face aux démarches administratives françaises. Les hôpitaux sont ainsi exposés à des risques accrus d'abandon involontaire de la procédure par les bénéficiaires.

VENIR SE SOIGNER EN FRANCE

Quel qu'en soit le motif, l'entrée sur le territoire français est soumise à une obligation de visa (sauf nationalités dispensées). Le « visa pour raison médicale » ou « sanitaire » est un visa spécialement prévu pour se soigner en France mais pour des soins à durée limitée. L'obtention d'un tel visa nécessite un paiement à l'avance des soins (donc un devis et la preuve du paiement d'avance). Avec ou sans obligation de visa, le paiement des soins ne peut généralement pas être pris en charge par un système français de protection maladie. Il est possible de demander une prise en charge financière humanitaire auprès du ministre chargé de l'Action sociale.



Pour les personnes résidant en France, voir Conditions de l'accès aux soins, p. 90

PRINCIPES GÉNÉRAUX

ATTENTION

Ce chapitre ne concerne pas les étrangers d'une nationalité de l'Espace économique européen, ni les nationalités qui sont également dispensées de visa (*voir infra*).

• Le droit français en la matière est encadré par :

- d'une part, la législation sur les visas d'entrée en France ;
- d'autre part, la législation sur les régimes français de protection maladie.

La combinaison de ces dispositions législatives et réglementaires, empêche de fait :

- la venue en France des étrangers dont l'état de santé nécessite des soins de longue durée : le visa d'entrée en France est limité dans le temps et vise des soins ponctuels ;
- la venue des étrangers dont les capacités de paiement sont insuffisantes : obligation de paiement d'avance ou de prise en charge par un tiers. L'arrivée sur le territoire français pour y recevoir des soins ne permet pas d'être éligible à une protection sociale française (*voir infra Rappel sur l'organisation du dispositif de protection maladie*).

• Le système français du « visa pour soins médicaux » concerne donc un étranger nécessitant une intervention technique ponctuelle généralement à l'hôpital, même de très haut niveau (sauf greffe), dès lors qu'il peut payer

les soins d'avance ou justifier d'une prise en charge. La question principale réside donc dans le mode de financement des soins, qui conditionne la délivrance du visa.

CONDITION POUR VENIR EN FRANCE : L'OBLIGATION D'OBTENIR UN VISA D'ENTRÉE

• **Tout étranger qui souhaite venir en France, quel que soit le motif (médical ou non), doit demander une autorisation préalable d'entrée appelée « visa consulaire ».** Ce visa doit être sollicité avant le départ auprès des services consulaires français. Seules quelques nationalités sont dispensées d'une telle formalité (*voir la liste selon la nationalité et le pays de résidence sur le site du ministère des Affaires étrangères <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/la-france/venir-en-france/entrer-en-france/article/les-etrangers-titulaires-d-un>*).

• **Un visa de court séjour n'est pas un titre de séjour et n'ouvre pas de droit à la protection sociale française.**

Un visa n'est qu'une autorisation d'entrée en France (assortie du droit d'y séjourner pour une courte durée), et n'est donc pas un droit à « vivre » en France.

LE VISA POUR RECEVOIR DES SOINS MÉDICAUX EN FRANCE

• **Il existe un visa spécialement conçu pour un séjour en France en vue d'y recevoir des soins.** Comme tout visa de court séjour (au maximum 90 jours), il autorise un séjour temporaire, ce qui pose un problème pour les malades nécessitant des soins au long cours. Il est par ailleurs conçu dans le but d'une hospitalisation en France.

• **Les conditions suivantes sont appréciées par le ministère des Affaires étrangères :**

- l'attestation par les autorités médicales locales que les soins ne peuvent pas être délivrés dans le pays;
- l'obligation d'un accord préalable par un établissement de soins français;
- l'obligation d'un devis prévisionnel des frais d'hospitalisation;
- l'obligation d'attester du paiement des soins : soit préalable à la venue en France, soit par engagement écrit d'un tiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Étude au Dictionnaire permanent du droit des étrangers,
Éditions législatives



• **La demande d'assurance médicale intervient bien que les soins soient déjà programmés et payés.** Aucun texte réglementaire ne dispense explicitement le bénéficiaire d'un visa médical de l'obligation d'assurance prévue pour les étrangers qui sollicitent leur entrée en France, assurance couvrant « *la prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, résultant de soins qu'il pourrait engager en France, ainsi qu'aux garanties de son rapatriement* » (art. L 211-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). Ainsi cette assurance est généralement demandée par les consulats pour constituer le dossier de demande de visa médical.

• **Il n'y a pas d'obligation d'attestation d'accueil.**

Les demandeurs de visa médical sont dispensés de produire l'attestation d'accueil exigée pour justifier de leur hébergement chez un particulier (sauf si un hébergement hors hôpital est prévu). En effet, l'article R 212-2 2° du Ceseda prévoit de dispenser d'attestation d'accueil « *l'étranger qui se rend en France pour un séjour justifié par une cause médicale urgente le concernant ou en raison de la maladie grave d'un proche* ».

Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

Article R 212-2

En application de l'article L 211-10, peuvent être dispensés de présenter l'attestation d'accueil définie à l'article R 211-11, outre les étrangers appartenant à l'une des catégories visées à l'article R 212-1, les étrangers entrant dans les cas suivants :

- 1° l'étranger dont le séjour revêt un caractère humanitaire ou s'inscrit dans le cadre d'un échange culturel;
- 2° l'étranger qui se rend en France pour un séjour justifié par une cause médicale urgente le concernant ou en raison de la maladie grave d'un proche;
- 3° l'étranger qui se rend en France pour assister aux obsèques d'un proche.

Article R 212-4

Dans les cas prévus au 2° de l'article R 212-2, un rapport médical attestant d'une cause médicale urgente concernant l'étranger qui souhaite se rendre en France ou attestant de la maladie grave d'un proche présent sur le sol français est adressé sous pli confidentiel par le médecin traitant au médecin responsable du centre médico-social auprès de l'ambassade de France dans le pays où réside l'étranger ou, à défaut, à un médecin de ce pays désigné à cet effet



par les autorités diplomatiques ou consulaires françaises. La cause médicale urgente s'entend d'un état de santé nécessitant une prise en charge médicale rapide dont le défaut pourrait entraîner pour l'étranger des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans son pays de résidence. La maladie grave d'un proche s'entend d'une ou de plusieurs pathologies pour lesquelles le patient est hospitalisé en France et qui nécessitent la présence d'un proche à son chevet. Le médecin destinataire du rapport médical communique sans délai son avis motivé aux autorités diplomatiques ou consulaires qui décident de la suite à donner à la demande de dispense d'attestation d'accueil pour raisons médicales.

• **Autres pièces à fournir :**

- formulaire de demande de visa médical;
- passeport en cours de validité;
- justificatif d'hébergement en France pour la période hors hospitalisation (*éventuellement, voir point précédent*).

À la différence du site internet du ministère des Affaires étrangères, les sites des consulats de France dans chaque pays indiquent des listes de pièces à fournir, et mettent souvent en ligne un formulaire de demande de « visa pour raison médicale ».

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

• **La délivrance du visa repose sur le principe que l'étranger peut justifier d'une garantie de paiement.** Par ailleurs, le système français de protection sociale prévoit l'exclusion de toutes les personnes de passage, tant de l'assurance maladie que de l'Aide médicale État ou du dispositif « soins urgents et vitaux » (*voir rappel infra*).

• **Le paiement des soins peut être effectué par :**

- l'intéressé lui-même ou sa famille, ce qui est souvent impossible pour la plupart des ressortissants des pays en développement;
- un tiers : un mécène, une assurance de service public ou privée;

ATTENTION

Il faut toujours un accord préalable de l'assureur appelé « entente préalable ».



- Un régime français de protection maladie (hypothèse rarissime, *voir infra*) ou par le gouvernement français au titre de l'Aide médicale État sur décision du ministre.

RAPPEL SUR L'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE PROTECTION MALADIE (VOIR P. 116)

- **Le système français de protection maladie prévoit la prise en charge des personnes « vivant » en France, et exclut les personnes de passage.** Il est donc en principe impossible que la personne venant en France spécifiquement pour y recevoir des soins puisse être prise en charge par un dispositif français de droit commun (assurance maladie, Aide médicale État, Fonds pour les soins urgents et vitaux).

- **Pour l'étranger n'ayant jamais vécu en France et venant y recevoir des soins,** l'accès à l'assurance maladie à titre d'assuré est exclu expressément par le 2° de l'article L 380-3 du Code de la Sécurité sociale (CSS). Il en va de même pour l'accès à l'Aide médicale État (AME). En effet, même si aucun texte ne vise explicitement les personnes venues se soigner en France, l'AME de droit commun est soumise à une condition d'ancienneté de présence en France de 3 mois au minimum (pour les majeurs), et à une condition de « résidence habituelle » en France (au sens de l'article L 111-1 du Code de l'action sociale et des familles (CASF) et de l'avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981). Ainsi le motif médical du séjour en France est-il en règle générale considéré comme le signe que le séjour est temporaire (Commission centrale d'aide sociale, 19 décembre 2006, n° 060539), même si la gravité de la pathologie contraint la personne à demander une « autorisation provisoire de séjour pour soins » (Commission centrale d'aide sociale, 19 décembre 2006, n° 060543). Si la personne venait à résider en France, l'AME n'aurait pas d'effet rétroactif et ne couvrirait pas les frais avancés comme provision.

- **L'accès à l'assurance maladie d'une personne vivant à l'étranger et ayant de la famille en France.** La personne malade ne pourrait pas être ayant droit d'un membre de sa famille lui-même assuré social en France, du fait de la double obligation pour l'ayant droit d'être à la « charge effective et permanente de l'assuré » (ce qui exclut les personnes de passage) et, pour l'ayant droit majeur, de disposer d'un titre de séjour (et non pas d'un visa - liste à l'article D161-15 du CSS - *voir p. 141*).



• **Les étrangers sous visa médical sont exclus du financement au titre des « soins urgents et vitaux »**

(voir p. 101)

• **Financement des soins par le gouvernement français**

à titre humanitaire. Toute personne peut faire une demande de prise en charge au titre de l'Aide médicale État sur décision du ministre (art. L 251-1 2^e alinéa du CASF, voir p. 176).

LES CONVENTIONS BILATÉRALES DE SÉCURITÉ SOCIALE NE PERMETTENT GÉNÉRALEMENT AUCUN FINANCEMENT

• **Les personnes ayant déjà séjourné et travaillé en France**

dans le passé ont, en règle générale, perdu tout droit à une couverture maladie de droit français dès le moment où elles ont quitté la France pour transférer leur résidence à l'étranger.

Elles ne bénéficient :

- ni du maintien de droits pendant un an à l'assurance maladie française (soumis à condition de résidence habituelle en France);
- ni des effets d'une éventuelle convention bilatérale de Sécurité sociale entre la France et le pays concerné. Ces conventions (notamment avec l'Algérie) ne prévoient pas le « double-transfert » (transfert au pays d'origine des droits acquis en France, et transfert en France des droits français maintenus au pays d'origine en cas de nouveau retour en France).

• **Il en est de même pour les retraités étrangers résidant à l'étranger et bénéficiaires d'une pension de retraite servie par un régime français d'assurance vieillesse.**

Dans la plupart des cas, bien que percevant une retraite « française », ces personnes ne sont plus bénéficiaires de l'assurance maladie en France. Il convient de vérifier si la personne ne peut pas se prévaloir d'une convention bilatérale de Sécurité sociale signée entre son pays et la France. Cependant la plupart de ces conventions ne prévoient pas de droit à une prise en charge en cas de séjour en France, mais seulement la totalisation des différentes périodes d'assurance au cours de la vie professionnelle de l'intéressé afin de lui permettre de toucher les prestations au taux maximum dans son pays d'origine. Pour l'Algérie, la convention bilatérale ne prévoit pas que l'Algérien résidant en Algérie et titulaire d'une pension de retraite (française et/ou algérienne) puisse bénéficier de son assurance maladie en France en cas de séjour temporaire en France. (voir *Bénéficiaire de droits dans un autre État, p. 196*)

POUR EN SAVOIR PLUS

Cleiss (Centre de liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale),
11, rue de la Tour-des-Dames, 75436 Paris cedex 9, 01 45 26 33 41, www.cleiss.fr



• **Remarque sur la carte de « séjour retraité »** : l'étranger titulaire d'une carte de séjour mention « retraité » (prévue par l'article L 317-1 du Ceseda ou par l'article 7 ter de l'accord franco-algérien de 1968 modifié) bénéficie du droit de séjourner en France (par période maximale de 1 an) mais son accès à l'assurance maladie est limité aux seules maladies inopinées ce qui exclut tout projet de soins programmés.

• **Le travailleur algérien, assuré social d'un régime algérien d'assurance maladie** (et n'ayant jamais été assuré en France), bénéficie en France d'une assurance limitée aux seuls soins inopinés (protocole annexe à la convention bilatérale de sécurité sociale). Il peut, en théorie, demander à sa Caisse algérienne la prise en charge des soins programmés en France, mais sous réserve d'une « entente préalable » à demander avant de quitter l'Algérie. Or cette autorisation est souvent très difficile à obtenir.

TITRE DE SÉJOUR

• **Dans le cadre d'une entrée en France pour motif médical, l'autorisation de séjour est matérialisée par le visa prévu pour la durée des soins.** Il n'y a donc pas de titre de séjour à demander en préfecture. Si les soins doivent être prolongés au-delà du séjour initialement prévu et donc au-delà de la durée de validité du visa, il faut demander sa prolongation en s'adressant à la préfecture de son lieu de domicile (ou de son lieu d'hospitalisation) avec un certificat médical. À l'inverse, il n'est pas prévu d'articulation avec la réglementation sur le titre de séjour pour raison médicale (article L 313-11 11° du Ceseda ou art. 6 7° de l'accord franco-algérien de 1968 modifié), lequel concerne les étrangers « résidant habituellement en France » et non les étrangers de passage.

• **Pour les personnes malades dont le retour au pays d'origine pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité,** le séjour en France peut théoriquement être prolongé sous forme d'une « autorisation provisoire de séjour (APS) » sans droit au travail (prévue par l'article R 313-22 du Ceseda) au terme d'une procédure d'examen de la demande sous contrôle du médecin de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) du département de résidence ou d'hospitalisation (*voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 9*).



• **Les ressortissants algériens ne bénéficient pas de conditions de séjour plus favorables.** En effet, depuis la modification en juillet 2001 de l'accord franco-algérien sur les titres de séjour, les Algériens admis dans les établissements de soins français et n'ayant pas leur résidence habituelle en France « *peuvent se voir délivrer une autorisation provisoire de séjour* » (titre III du protocole annexé à l'accord franco-algérien de 1968 modifié), ce qui est donc équivalent aux dispositions prévues pour les autres nationalités (hors Union européenne).

ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME FRANÇAIS

En France, le principe de solidarité est au fondement du système de protection maladie, l'ensemble de la population étant protégé par des systèmes de service public. Les dépenses de santé sont couvertes par l'assurance maladie « de base » de la Sécurité sociale, la participation des usagers, et des protections complémentaires publiques ou privées. Il existe des dispositions spécifiques pour les étrangers. Pour résoudre les difficultés d'accès aux soins, il est nécessaire de connaître l'organisation générale du système de protection maladie, ainsi que le sens des divers termes employés (*voir Lexique, p. 122*).



*Pour les personnes résidant en France,
voir Conditions de l'accès aux soins, p. 90*

DISPOSITIONS GÉNÉRALES ET DÉFINITIONS

- **Au niveau national, la dépense courante de santé représente 234 milliards d'euros** soit 12,1% du produit intérieur brut (Insee 2010). L'accroissement du poids de ces dépenses pose régulièrement la question du mode de financement et du système destiné à mettre en œuvre la solidarité.
- **La prise en charge financière des dépenses de santé repose sur trois acteurs** : les systèmes de protection maladie de base, les systèmes de protection maladie complémentaire, et enfin les usagers eux-mêmes. Mais le niveau d'intervention de chacun varie fortement selon la nature des soins (médecine ambulatoire, hospitalisation, dentaire...).

Répartition moyenne des prises en charge de la consommation de biens et services médicaux en fonction du contributeur (2010) – Drees, *Études et résultats*, n° 773

Contributeurs	Régime de base	Régimes complémentaires	Ménages	Total
Participation en %	77 %	13,5 %	9,4 %	100 %

• **Le système de protection maladie de base est historiquement apparu avec la notion de Sécurité sociale,** et a progressivement été généralisé depuis 1945 à l'ensemble de la population vivant en France. Ce dispositif constitue le premier étage de la prise en charge des frais de santé. Il s'agit d'un droit pour toute la population, mis en œuvre par monopole du service public, sous forme d'un système d'assurances obligatoires financé par cotisations et prélèvements divers. Il s'agit d'assurer la solidarité nationale par péréquation financière entre les bénéficiaires, quel que soit leur niveau de cotisation. Il existe plusieurs régimes selon l'activité professionnelle de l'assuré. Le « régime général » est le plus important en nombre d'assurés et en volume de dépenses.

• **Le système de protection maladie complémentaire constitue le deuxième étage** qui a vocation à prendre en charge une partie des frais de santé non couverts par le régime obligatoire. Il existe deux types de couverture complémentaire :
 - un service public gratuit à destination des plus « pauvres », sous la forme de la protection complémentaire-CMU (couverture maladie universelle complémentaire) dont le contenu est défini par la loi et dont la mise en œuvre est ouverte à tous les acteurs du champ de l'assurance maladie complémentaire. Le financement est assuré par l'État et une contribution de ces acteurs ;
 - un service d'assurance complémentaire facultative payé par chaque assuré selon les principes de la libre concurrence commerciale entre les mutuelles, les organismes de prévoyance et les assureurs privés. Le niveau de protection dépend de chaque contrat.

• **Le vocable « CMU » (couverture maladie universelle) présente trois significations possibles.** Sans autre précision, son utilisation est source de confusion :
 - la « réforme CMU » du 27 juillet 1999 désigne une généralisation de l'assurance maladie aux non-travailleurs, lesquels furent transférés de l'ancien système d'Aide médicale



(supprimée, sauf pour les étrangers en séjour irrégulier qui furent exclus du transfert) vers l'assurance maladie;

- la « **CMU de base** » est une expression administrative qui désigne une porte d'entrée à l'assurance maladie pour les non-travailleurs et non-ayants droit, c'est-à-dire des personnes dites « inactives », qu'elles soient riches ou pauvres. Il s'agit donc d'un instrument de généralisation de l'assurance maladie (couverture de base). Il ne s'agit pas d'une nouvelle couverture spécifique, mais d'une affiliation au régime général d'assurance maladie, avec paiement d'une cotisation proportionnelle aux ressources de l'assuré, dont les plus pauvres sont dispensés. Le Code de la Sécurité sociale (CSS) mentionne une « *affiliation au titre de la résidence stable et régulière en France* » (L 380-1 du CSS). Cette affiliation est obligatoire (monopole de l'assurance maladie) et subsidiaire (elle fonctionne comme un repêchage si la personne ne peut pas être assurée par son travail, par ses prestations sociales, par rattachement à l'assurance maladie d'un proche, ou par le dispositif de maintien de droit de 1 an);
- la « **complémentaire-CMU** » désigne une couverture complémentaire de service public, gratuite, réservée aux assurés (quel que soit le motif de leur affiliation à la couverture de base) ayant de faibles ressources. Il s'agit d'un dispositif spécialisé non contributif visant à assurer la « gratuité » des soins des plus pauvres (4,5 millions de bénéficiaires en 2012).

• **L'expression « avoir la CMU » est erronée :**

- elle ne précise pas si la personne détient la couverture de base et/ou la couverture complémentaire;
- elle est erronée pour les travailleurs et les ayants droit qui ne sont pas assurés au titre de la CMU de base.

En outre, la CMU de base n'est pas une protection spécifique, les personnes affiliées au titre de la CMU de base étant bénéficiaires de l'assurance maladie des travailleurs salariés, et accèdent aux mêmes prestations en nature que les assurés à titre socioprofessionnel.



Récapitulatif des différences entre un assuré socioprofessionnel et un assuré au titre de la CMU de base

	Affiliation socioprofessionnelle (salarié(es), bénéficiaires de prestations sociales, pensionné(es)...)	Affiliation sur critère de résidence (dite au titre de la CMU de base)
Aucune différence dans le panier de soins entre les assurés : tous bénéficient des mêmes prestations en nature		
Prestations en espèces (arrêt de travail)	OUI	pas de prestations en espèces
Délai d'ancienneté de présence en France (assuré et ayant droit)	Pas de délai de 3 mois, ni pour l'assuré ni pour le membre de famille rejoignant	Délai de 3 mois*
Contrôle de la résidence habituelle en France au sens de R 115-6 du CSS	NON	OUI
Définition de la régularité du séjour de l'assuré et de ses ayants droit	Liste de titres de séjour (art. D 115-1 et D 161-15 du CSS)	Pas de liste (voir p. 141)
Maintien de 1 an des droits de l'article L 161-8 du CSS	OUI	Pas appliqué, à la demande du ministère (voir p. 150)
Mode de paiement de la cotisation	Prélèvement à la source	Déclaration annuelle sauf exceptions (voir p. 144)

*sauf exceptions, voir p. 137

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES ÉTRANGERS

(VOIR ÉGALEMENT PANORAMA ET NOTIONS CLÉS DE L'ACCÈS AUX DROITS, P. 124)

• **Toute personne démunie, française ou étrangère, « résidant » en France depuis plus de 3 mois a droit à une protection maladie**, de base et complémentaire, de service public.

L'obtention d'une protection complémentaire (ou de l'AME), au besoin en admission immédiate, est la condition indispensable pour permettre la continuité des soins (voir *Conditions de l'accès aux soins*, p. 90) compte tenu de leurs coûts.

• **Le type de couverture maladie des étrangers résidant dépend de la « régularité du séjour » au regard de la réglementation sur la police des étrangers.** Les étrangers en séjour régulier relèvent de l'assurance maladie et sont intégrés au système de droit commun à l'identique des nationaux. Mais la frontière entre séjour irrégulier et séjour régulier pose de nombreuses difficultés pratiques et juridiques du fait de trois facteurs cumulés :



- la variété des statuts en matière de police de l'immigration, qui dessine un « gradient de précarité administrative » depuis les personnes les plus stables (carte de séjour valable 10 ans) jusqu'aux plus précaires (séjour irrégulier assorti d'une mesure d'éloignement et/ou d'interdiction de retour et/ou d'interdiction judiciaire du territoire et/ou avec assignation à résidence...);
- l'augmentation de la précarité administrative des personnes se traduisant par des périodes durables de changements de statut (alternance de périodes de séjour régulier et irrégulier, comme pour les demandeurs d'asile);
- la complexité du droit de l'assurance maladie qui pose trois définitions différentes de la condition de régularité du séjour requise (assuré sur critères socioprofessionnels/ayant droit majeur/assuré sur critère de résidence) avec pour conséquence des problèmes de maintien ou de changement de la couverture en cours.

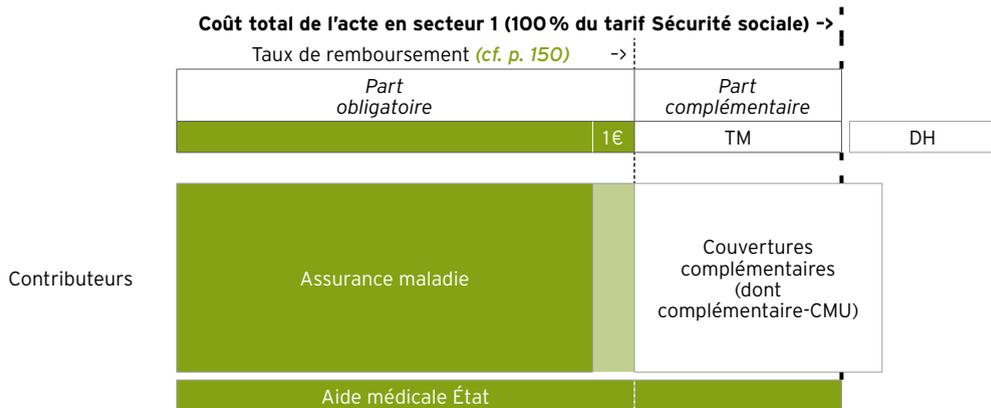
• **Situations particulières :**

- **les étrangers récemment arrivés en France** (moins de 3 mois de présence) sont soumis à des dispositions spécifiques selon leur statut, la possession d'un visa, ou les motifs de leur séjour;
- **les étrangers venant en France spécifiquement pour y recevoir des soins** sont soumis à des règles particulières et ne peuvent généralement pas prétendre à une prise en charge financière par les systèmes de protection maladie de droit français (*voir Venir se soigner en France, p. 108*);
- **l'ensemble des règles de droits évoquées dans ce guide s'applique dans les départements d'outre-mer (DOM), sauf à Mayotte.** En revanche, ces règles ne s'appliquent pas dans les collectivités territoriales d'outre-mer (COM).



Architecture de la prise en charge des dépenses de santé

Coût total de l'acte en secteur 2 ->

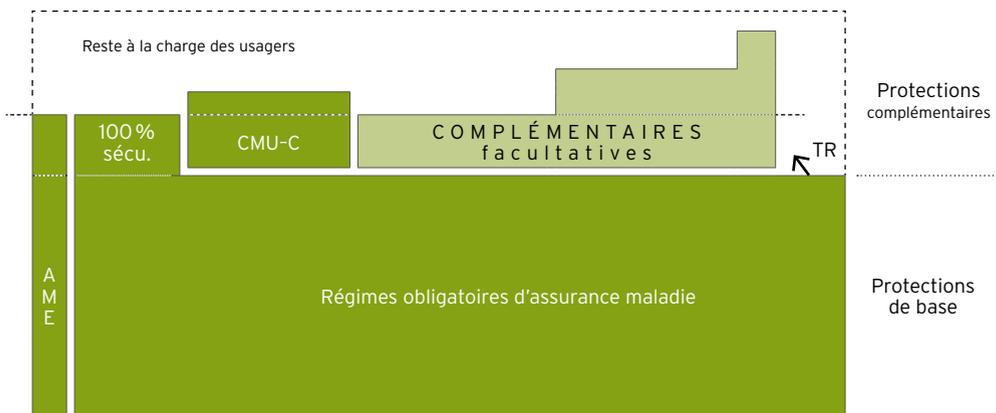


1€ Contribution forfaitaire de 1 euro à la charge de l'assuré social (sauf bénéficiaire de la CMU-C)

TM Ticket modérateur à la charge de l'assuré ou de sa couverture complémentaire

DH Dépassement d'honoraires à la charge de l'assuré ou de certaines couvertures complémentaires

Répartition et dénomination du coût d'un acte selon les contributeurs



Protections maladie de service public (de base et complémentaire-CMU)

Protections maladie complémentaires facultatives

AME : Aide médicale État

TR : Tarif Sécurité sociale (dit « de responsabilité »)

CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire



Lexique et définitions de la protection maladie

	DÉFINITIONS
Affiliation	Rattachement d'une personne à une caisse de Sécurité sociale. L'affiliation est synonyme d'ouverture de droits à l'assurance maladie (ne concerne donc pas les bénéficiaires de l'AME) et se matérialise par une attestation où figure la date de début et de fin des droits.
Aide médicale État (AME)	Protection maladie pour des étrangers démunis, exclus de l'assurance maladie faute de document de séjour en cours de validité. Ses bénéficiaires ne sont pas assurés sociaux et n'ont pas de carte Vitale.
Assurance agréée « visa »	Obligation (créée par l'article L 211-1 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile) pour un étranger entrant en France sous couvert d'un visa de disposer d'une assurance maladie couvrant les « dépenses médicales et hospitalières ».
Assurance maladie	Branche maladie de la Sécurité sociale, assurance obligatoire de service public soumise à cotisation (dont les plus pauvres sont dispensés) ne couvrant qu'une partie des frais de santé. Dans ce guide, le concept est limité au seul régime général sous l'autorité de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), régime qui n'est plus limité aux seuls travailleurs.
Assuré	Dans ce guide : les assurés sont les personnes bénéficiaires de l'assurance maladie (Sécurité sociale) par opposition aux bénéficiaires de l'AME (non-assurés sociaux).
Base	Synonymes d'assurance maladie, les régimes de base constituent le premier étage du financement des dépenses de santé. La part des frais de santé couverts par ces régimes s'appelle « part obligatoire ».
Complémentaire	Les protections complémentaires constituent le deuxième étage de la protection santé en complément des régimes de base. La part des frais de santé pris en charge par ces couvertures s'appelle « part complémentaire » ou « ticket modérateur ».
Contribution forfaitaire de 1 euro	Somme forfaitaire pour chaque acte médical, restant à charge de l'assuré et prise en charge ni par l'assurance maladie ni par les protections complémentaires. Les bénéficiaires de la complémentaire-CMU et de l'AME en sont dispensés.
Couverture maladie universelle (CMU)	<i>Voir définitions, p. 117</i>
Dispense d'avance des frais	<i>Voir Tiers payant infra</i>
Forfaits hospitalier journalier	Somme due par la personne hospitalisée pour ses frais quotidiens de nourriture et d'hébergement, généralement non pris en charge par l'assurance maladie, mais couverts par la complémentaire-CMU et l'AME.
Immatriculation	Création du « numéro de Sécurité sociale » pour un nouvel assuré. Une fois immatriculée, la personne peut perdre ses droits à l'assurance maladie (péremption) mais conserve son numéro à vie en cas de nouvelle affiliation.
Médecin traitant	Médecin généraliste ou spécialiste choisi par le patient pour coordonner le parcours de soins, c'est-à-dire les différentes consultations et les examens nécessaires au suivi de la santé du patient.



Parcours de soins coordonné	S'il n'est pas orienté par son médecin traitant, le patient qui consulte de sa propre initiative un spécialiste ou réalise des examens médicaux se trouve hors du parcours de soins coordonné. Il est sanctionné par une augmentation du prix et une diminution du remboursement de ces soins.
Secteur 1	Professionnel de santé dont le tarif des actes médicaux ne dépasse pas le tarif Sécurité sociale.
Secteur 2	Professionnel de santé autorisé à pratiquer des tarifs supérieurs aux tarifs Sécurité sociale. Le coût dépassant le tarif Sécurité sociale s'appelle dépassement d'honoraires.
Soins urgents et vitaux	Fonds de financement de l'Hôpital public pour des soins urgents et vitaux délivrés à un étranger sans assurance maladie ni AME.
Tarif Sécurité sociale	Appelé tarif opposable, il s'agit du prix fixé pour un acte de soins par convention entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé. L'assurance maladie n'en prend en charge qu'une certaine proportion (taux de remboursement).
Ticket modérateur	Somme d'argent correspondant aux frais de santé restant à charge de l'assuré, déduction faite du montant pris en charge par l'assurance maladie (base), en vue de modérer la consommation de soins. La prise en charge du ticket modérateur est l'objet des protections complémentaires.
Tiers payant	Appelé aussi « dispense d'avance des frais », c'est un mécanisme de paiement d'un professionnel de santé par lequel celui-ci se fait payer son acte directement par l'assureur du patient (tiers) et non par le patient lui-même. Le tiers payant peut porter sur la part obligatoire seulement (assurance maladie) ou sur le montant total de l'acte en « tiers payant intégral » (assurance maladie et complémentaire).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Assurance maladie,
<http://www.ameli.fr>

Drees, *Les Comptes nationaux de la santé en 2010, Études et résultats*, n° 773, septembre 2011

Ministère de la Santé,
www.sante.gouv.fr,
Rubrique Organisation du système de soins

Palier B., *La réforme des systèmes de santé*, coll. « Que sais-je ? » PUF, 4^e édition, 2009

Sécurité sociale,
www.securite-sociale.fr

PANORAMA ET NOTIONS CLÉS DE L'ACCÈS AUX DROITS

Les ressortissants étrangers peuvent relever de divers systèmes de protection maladie, selon le croisement de trois variables : nature de leur « résidence » en France, ancienneté de leur présence en France et statut administratif du séjour. La domiciliation pose des problèmes spécifiques. Pour aider à l'accès aux droits, il importe de maîtriser la hiérarchisation des différents dispositifs. Le chapitre 13 détaille certaines catégories de personnes rencontrant des difficultés particulières. La situation de l'étranger venant en France pour recevoir des soins sous « visa pour raison médicale » est traitée au chapitre *Venir se soigner en France, p. 108*.

CONDITION N° 1 : LA « RÉSIDENCE HABITUELLE EN FRANCE (RHF) »

ATTENTION

L'absence de logement stable et/ou de domicile (voir *Domiciliation infra*) n'a pas de lien avec la notion de « résidence habituelle en France ». Enfin, la résidence fiscale à l'étranger fait perdre la qualité de résident habituel en France.

- **Ce principe de territorialité des prestations** concerne tant les prestations de Sécurité sociale (L 111-1, L311-7, R 115-6 du CSS, dont l'assurance maladie, la CMU-C, l'ACS) que les prestations d'aide sociale (L 111-1 du CASF dont l'AME de droit commun et le FSUV) :
 - il exclut ainsi les « personnes de passage » en France, c'est-à-dire qui n'ont pas vocation à y vivre durablement, avec contrôle simultané de la « présence en France » et de la « stabilité » du séjour;
 - il s'impose aussi bien aux ressortissants français qu'étrangers;
 - il concerne les assurés et les ayants droit;
 - il empêche l'exportation des droits sociaux (sauf retraite contributive ou convention internationale);
 - il se distingue de l'ancienneté de la présence (une personne peut être résidente habituelle dès son entrée en France) et du statut administratif (un étranger en séjour irrégulier peut être « résident »).

En matière de Sécurité sociale, l'article R 115-6 du Code de la Sécurité sociale (CSS) précise (pour les seuls non-travailleurs majeurs) que la condition est remplie soit si la personne a en France son foyer permanent ou le lieu de son séjour principal, soit si la personne réside en France pendant plus de 6 mois au cours de l'année civile de versement des prestations. Le champ d'application de cet article a été précisé par la circulaire ministérielle DSS/2A/2B/3A n° 2008-245 du 22 juill. 2008 relative aux modalités de contrôle de la condition de résidence pour le bénéfice de certaines prestations sociales.

En matière d'AME, la condition de résidence imposée par l'article L 111-1 du CASF n'est pas précisée par voie réglementaire, mais l'avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981 en fixe le cadre.

Définition de la « résidence habituelle » en AME : avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981

« La condition de résidence [...] doit être regardée comme satisfaite en règle générale, dès lors que l'étranger se trouve en France et y demeure dans des conditions qui ne sont pas purement occasionnelles et qui présentent un minimum de stabilité. Cette situation doit être appréciée, dans chaque cas en fonction de critères de fait et, notamment, des motifs pour lesquels l'intéressé est venu en France, des conditions de son installation, des liens d'ordre personnel ou professionnel qu'il peut avoir dans notre pays, des intentions qu'il manifeste quant à la durée de son séjour. [...] »

version intégrale sur <http://www.comede.org/services/textesreglementaires/ame>

**CONDITION N° 2 :
L'« ANCIENNETÉ DE PRÉSENCE EN FRANCE (APF) »**

• **Cette condition exclut certaines personnes pendant les 3 premiers mois de leur arrivée en France** quand bien même elles auraient vocation à y vivre durablement. Cette condition comporte de nombreuses exceptions, notamment pour les mineurs. En matière d'assurance maladie et d'AME, la condition d'ancienneté de présence est fixée à au moins 3 mois de présence ininterrompue sur le territoire métropolitain et/ou n'importe quel DOM (Mayotte y compris). Les ressortissants français n'en sont pas dispensés.



Existence d'une condition d'ancienneté de présence de 3 mois et sources

Voir détails pour chaque prestation dans les chapitres correspondants

Condition d'ancienneté de présence de 3 mois		Source
Assurance maladie sur critère socioprofessionnel		
Assuré	NON	Aucun texte ne prévoit de délai
Ayant droit (majeur et mineur)	NON	
Assurance maladie sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la CMU de base)		
Assuré	OUI	R 380-1 du CSS
Ayant droit majeur	OUI	
Ayant droit mineur	NON	Arrêt CE 23.12.2010 n° 335738
Demandeur d'asile, réfugié, protégé subsidiaire	NON	R 380-1 du CSS
Étudiant, stagiaire international	NON	
Autres situations (rares) de l'article R 380-1 du CSS	NON	
complémentaire-CMU		
Idem couverture de base	-	R 861-1 du CSS
Stagiaire de la formation professionnelle	NON	
Bénéficiaires AAH, ATA, ASS	NON	
ACS (aide à la complémentaire santé)		
Idem complémentaire-CMU	-	L 863-1 et R 863-6 du CSS
AME de droit commun		
Majeur bénéficiaire	OUI	L 251-1 1 ^{er} alinéa du CASF
Majeur membre de famille rejoignant	NON	Lecture a contrario L 251-1 du CASF
Mineur (bénéficiaire et membre de famille)	NON	Arrêt CE 7.6.2006 n° 285576
FSUV	NON	L 254-1 du CASF
AME sur décision du ministre	NON	L 251-1 2 ^e alinéa du CASF



• **La distinction entre les conditions de « résidence habituelle » et « d'ancienneté de présence » est indispensable au moment de l'étude du renouvellement des droits.**

Les titulaires de droits sociaux (y compris fondés sur la résidence, y compris l'AME) sont autorisés à quitter temporairement le territoire sans perdre la qualité de résident habituel. Un retour en France (après des vacances à l'étranger) ne soumet pas la personne au délai d'ancienneté de présence en France (de 3 mois), la personne n'étant pas un nouvel entrant (*voir par ex. pour le minimum invalidité Cour de cassation 2^e civ. n° 03-12899; 2 novembre 2004*). Le contrôle de l'intégralité des pages du passeport (des seuls ressortissants étrangers, en pratique) par les caisses s'opère souvent en méconnaissance de la réglementation et conduit à considérer à tort les « résidents habituels » comme des perpétuels « nouveaux entrants en France ». Ainsi un retour en France dans les 3 mois précédant un renouvellement de droits ne saurait conduire à différer ce renouvellement. De même, aucun délai de 6 mois d'« ancienneté » de présence en France n'est applicable (ni en matière de Sécurité sociale, ni en matière d'aide sociale dont l'AME), ni en première demande, ni en renouvellement. En revanche, une absence de 6 mois cumulés par an peut conduire à remettre en cause la qualité de résident habituel en France.

CONDITION N° 3 : LA « RÉGULARITÉ DU SÉJOUR » DES ÉTRANGERS

• **Cette obligation de régularité du séjour a été généralisée à toute la protection sociale**

(prestations de Sécurité sociale, d'aide sociale, du risque chômage, etc.) par la réforme du 24 août 1993 sur l'immigration. Elle impose aux organismes sociaux d'identifier la nationalité des usagers et de contrôler le droit au séjour des usagers étrangers. Ainsi :

- **en matière de police des étrangers**, elle soulève de grandes difficultés pour déterminer la frontière entre séjour régulier et irrégulier;
- **en matière de protection sociale**, elle se traduit par la multiplication des définitions, matérialisées par une liste de titres de séjour différente pour chaque prestation. Elle trouve son fondement global à l'article L 115-6 du CSS, puis à l'article L 161-25-1 du CSS pour l'assurance maladie.



Existence d'une condition de régularité de séjour et sources

Voir détails pour chaque prestation dans les chapitres suivants

	Affiliation sur critère socioprofessionnel (salarié et assimilé)	Affiliation sur critère de résidence (dite au titre de la CMU de base)
Assuré (ouverture des droits)	OUI Liste de titres de séjour n° 1 : D 115-1 du CSS	OUI* Pas de liste de titres de séjour (R380-1 du CSS et circ. min. 3.5.2000)
	Exceptions : Assurance accidents du travail et maladies professionnelles, détenus, bénéficiaires de conventions internationales plus favorables.	
Ayant droit majeur	OUI Liste de titres de séjour n° 2 : D 161-15 du CSS	OUI* Idem ci-dessus : pas de liste de titres de séjour et application de R 380-1 du CSS selon circ. min. 3.5.2000
Ayant droit mineur	NON Lecture a contrario de L 161-25-2 du CSS	
Maintien des droits (pendant 1 an)	NON** L 161-8 du CSS (assuré et ayant droit/majeur et mineur)	NON*** L 161-8 du CSS (assuré et ayant droit/majeur et mineur)

Catégories de personnes non concernées par la condition de régularité de séjour.

* Circulaire ministérielle DSS/2A-2000/239 du 3 mai 2000, toujours en vigueur.

** Interprétation confirmée par le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État.

*** En pratique, seul l'exercice des voies de recours va permettre le maintien des droits des assurés au titre de la CMU de base (voir *Assurance maladie*, p. 150).

• **Le séjour irrégulier en France ne prive pas les personnes de toute prestation sociale, (voir *Aide médicale État*, p. 166 et *Protection sociale*, p. guide 2008) (voir également Sans-papiers mais pas sans droits, coll. « Gisti, Notes pratiques », juin 2009; http://www.gisti.org/IMG/pdf/np_sans-pap-pas-sans-droits_5e.pdf). Les ressortissants communautaires peuvent se trouver en séjour irrégulier et se voir interdire l'accès aux prestations sociales soumises à une condition de régularité du séjour, sauf dérogation spécifique comme le droit à la domiciliation, (voir p. 130).**

DOMICILIATION, ADRESSE, BOÎTE AUX LETTRES

• **La défaillance de la boîte aux lettres** (adresse complexe, hébergement collectif, hébergeant qui ne remet pas les courriers, changement fréquent de toit pour dormir, habitat



informel...) est un facteur significatif dans les difficultés d'accès aux droits, les échanges de courriers étant aux fondements de la pratique administrative. Il faut sensibiliser les migrants/étrangers en séjour précaire à l'importance de s'assurer une boîte aux lettres fonctionnelle.

• **Le recours à une « domiciliation administrative » en cas d'absence de domicile personnel doit rester subsidiaire.**

En effet, lorsque la personne est en mesure de donner une adresse chez elle ou chez un tiers où elle va recevoir son courrier, les caisses et administrations n'ont pas à demander de justificatif de domicile, et ce en application du principe déclaratif prévu par l'article 6 du décret n° 2000-1277 du 26 décembre 2000.

Principe déclaratif de domicile dans les relations avec l'administration

Article 6 du décret n° 2000-1277 du 26 décembre 2000

« Les personnes physiques qui déclarent leur domicile dans les procédures mentionnées à l'article 2 [démarches administratives instruites par les administrations, services et établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales, ou par les entreprises, caisses et organismes contrôlés par l'État, dont CPAM/CGSS] ne sont pas tenues de présenter des pièces justificatives » (sauf exceptions limitées ne concernant pas les droits sociaux : inscription électorale, titre de séjour, nationalité, etc.).

Ces personnes, disposant d'une adresse postale (qu'elles-mêmes considèrent comme fiable), n'ont donc pas besoin de recourir à une domiciliation pour l'accès aux droits sociaux (voir la circulaire ministérielle du 25 février 2008 et le Guide pratique de la domiciliation, Unccas Fnars, 2010, p. 6-7). En pratique, les organismes de Sécurité sociale n'appliquent que très rarement ce principe et exigent un « justificatif de domicile » de la personne ou de son hébergeant.

• **Domiciliation administrative en cas d'absence d'adresse.**

Lorsqu'une personne est sans domicile stable (elle n'est pas en mesure de déclarer une adresse où recevoir son courrier de façon constante), a fortiori si elle est sans domicile fixe (elle n'a pas de domicile), elle doit recourir à une domiciliation administrative soit dans le cadre de la domiciliation de droit commun, soit dans le cadre de la domiciliation spécifique AME.



• **Droit à la domiciliation et obligation de domiciliation se distinguent de la justification de la « résidence » en France.**

Pour accéder à ses droits civiques, civils ou sociaux, toute personne doit faire valoir une adresse, notamment pour déterminer l'administration locale compétente.

Les personnes sans adresse sont donc amenées à recourir à une « domiciliation » parfois appelée « éléction de domicile » soit dans une mairie (centre communal ou intercommunal d'action sociale - CCAS/CIAS), soit dans un organisme agréé par le préfet (généralement une association).

Quatre dispositifs différents de domiciliation cohabitent dans les textes :

- la domiciliation de « droit commun » issue de la loi du 5 mars 2007 ;
- la domiciliation AME (art. L 252-2 du CASF) ;
- la domiciliation pour la demande d'asile en préfecture (article R 741-2 du Ceseda) ;
- l'inscription dans une commune de rattachement pour les gens du voyage pour certains droits ou certaines démarches administratives (carte d'identité, inscription sur une liste électorale).

Domiciliation de droit commun - Les textes

Réglementation :

- **Code de l'action sociale et des familles** : articles L 264-1 et suivants, et articles R 264-2 et suivants ;
- **circulaire ministérielle n° DGAS/MAS/2008/70** du 25 février 2008 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable ;
- **Formulaire Cerfa n° 13482*02** : attestation d'éléction de domicile.

Documentation :

- *Guide pratique de la domiciliation, Unccas - Fnars 2010*

Accès direct sur <http://www.unccas.org/publications/docs/guide-domiciliation.pdf>

• **La condition de régularité de séjour est opposable aux étrangers sauf aux ressortissants communautaires, pour l'accès à la domiciliation de droit commun.**

L'article L 264-2 du CASF exclut du dispositif les étrangers non communautaires en situation irrégulière. La situation régulière est définie par référence aux titres de séjour prévus au titre premier du livre III du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Il s'agit donc de l'ensemble des titres



de séjour prévus par la réglementation française (carte de résident, carte de séjour temporaire toutes mentions y compris étudiant, autorisations provisoires de séjour, carte de séjour retraité...). Les titres de séjour provisoires des demandeurs d'asile (APS 1 mois et récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile), bien que non prévus au livre III, sont inclus dans le champ de la domiciliation (circ. min. du 25 février 2008 point 1.2.2). Les convocations et rendez-vous en préfecture ne sont pas expressément visés par les textes. La circulaire rappelle qu'il n'appartient pas aux organismes domiciliataires de contrôler l'existence du droit au séjour des personnes qui s'adressent à eux : sous réserve d'une vérification du lien avec la commune de rattachement pour les CCAS/CIAS, *« les structures domiciliataires n'ont pas compétence pour vérifier le statut administratif de la personne, et doivent donc attribuer l'attestation demandée sans vérifier que la personne a bien droit à la prestation visée et sans vérifier sa situation au regard de son titre ou droit au séjour »*.

• **Exception à la condition de régularité du séjour : la domiciliation pour l'accès à l'aide juridictionnelle.**

Les étrangers sans titre de séjour ayant droit à l'aide juridictionnelle (uniquement pour certains contentieux ; voir *Aide juridictionnelle, p. guide 2008*), la circulaire ministérielle du 25 février 2008 précise qu'ils peuvent bénéficier de la domiciliation de droit commun à cette fin.

• **La domiciliation spécifique AME**, prévue par l'article L 252-2 du CASF, n'est pas soumise à régularité du séjour : *« les personnes qui ont droit à l'Aide médicale État et se trouvent sans domicile fixe doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'État dans le département, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale »*.

• **Les CCAS (centres communaux d'action sociale) ont l'obligation de domicilier les personnes sans adresse stable, y compris sans titre de séjour.** Le refus n'est possible que si la personne ne présente pas de lien avec la commune. Selon la circulaire ministérielle du 25 février 2008 : *« Les CCAS ne peuvent refuser l'élection de domicile des personnes sans domicile stable qui en font la demande que si ces dernières ne présentent aucun lien avec la commune »*. Le point 2.2.1 de cette circulaire ministérielle précise les éléments qui déterminent l'existence de ce lien, correspondant à une installation et/ou une vie sociale dans la commune : y travailler, y bénéficier



d'action d'insertion, exercer l'autorité parentale sur un enfant qui y est scolarisé, y avoir des liens familiaux et/ou amicaux, y être hébergé, y faire des démarches administratives et/ou sociales. Ce lien n'est conditionné par aucune condition de durée de présence dans la commune, ni par un hébergement sur le territoire de la commune.

HIERARCHISATION DES DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE

ATTENTION

La condition de résidence habituelle en France (voir *supra*) est supposée remplie.

• Classement des dispositifs par ordre décroissant de niveau de couverture :

1. Les régimes de protection maladie :

- l'assurance maladie augmentée de la complémentaire-CMU;
- l'Aide médicale État (AME) de droit commun.

2. Les systèmes subsidiaires de prise en charge ponctuelle :

- l'assurance privée de l'étranger sous visa (limitée en général aux seuls soins inopinés);
- le Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV), qui n'est pas une protection attachée à la personne;
- l'Aide médicale État sur décision du ministre (dite « AME humanitaire »).

• Conditions sommaires d'entrée dans le droit (hors ayants droit et hors maintien des droits)

	APF	SR	Subsid.	Ress.	Cotis.	Détails
Assurance maladie sur critère socioprofessionnel	non	oui ¹	non	non	oui	<i>p. 136</i>
Assurance maladie sur critère de résidence	3 mois ²	oui ¹	oui	non	oui	<i>p. 136</i>
complémentaire-CMU	3 mois ²	oui ¹	-	oui	non	<i>p. 154</i>
ACS	3 mois ²	oui	-	oui	non	<i>p. 164</i>
AME de droit commun	3 mois ³	non	oui	oui ⁴	non ⁴	<i>p. 166</i>
FSUV	non	non	oui	non	non	<i>p. 100</i>

1. Voir exceptions, p. 143; 2. Voir exceptions, p. 137; 3. Sauf mineurs (et membres de familles rejoignant); 4. Un droit annuel de 30€ par adulte a été exigé du 1.4.2011 au 4.7.2012.

APF Conditions d'ancienneté de présence en France de 3 mois, SR Condition de séjour régulier Subsid. Subsidiarité avec un autre dispositif de rang supérieur dans le tableau Ress. Condition de ressources Cotis. Cotisation obligatoire (non = gratuité)



PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT DU SÉJOUR

• **Pendant les 3 premiers mois de présence en France**, les personnes « de passage » sont exclues des systèmes de protection maladie et relèvent de leur assurance « visa ». À l'inverse, les demandeurs d'asile sont éligibles à l'assurance maladie (Sécurité sociale éventuellement augmentée de la complémentaire-CMU) sans condition d'ancienneté de présence en France à condition d'avoir fait enregistrer leur demande en préfecture (ou auprès de la police aux frontières) et d'être titulaires d'un « titre » de séjour provisoire (y compris sauf-conduit ou convocation en préfecture de toute nature).

Protection maladie pendant les 3 premiers mois de présence en France

Situation administrative au jour de la demande	Protection maladie		FSUV	Ass. visa	AME DDM
	Assurance maladie + CMU-C	AME			
Visiteur de passage, sans visa				0	Demande théoriquement toujours possible
Visiteur de passage, avec visa en cours de validité				OUI	
Titulaire d'un visa en cours de validité, ayant vocation à vivre durablement en France			1	OUI	
Visa long séjour valant titre de séjour (VLS-TS)	2			OUI	
Demandeur d'asile avant enregistrement en préfecture			OUI		
Demandeur d'asile enregistré en procédure normale, avec ou sans ATA*	OUI				
Demandeur d'asile enregistré en procédure prioritaire	3		OUI		
Demandeur d'asile enregistré en procédure Dublin II	4				
Demande de régularisation (convocation, récépissé)			OUI		
Titulaire d'un titre de séjour ou d'un droit au séjour (sauf réfugiés et protégés subsidiaires)	2		OUI		
Réfugiés statutaires et protégés subsidiaires	OUI				
Séjour irrégulier – toute situation (pas de visa ou visa expiré ou refus de séjour)	5		OUI		

Attention : certaines des prestations sont réservées aux seules personnes démunies financièrement

Ass. visa : assurance privée agréée obligatoire pour l'obtention d'un visa

AME : Aide médicale État

AME DDM : Aide médicale État sur décision du ministre (dite « humanitaire »)

CMU-C : complémentaire-CMU

FSUV : Fonds pour les soins urgents et vitaux

Statut dépourvu de droit à une protection maladie de droit français au cours des 3 premiers mois

■ Non-avenu ou impossible en droit

* Allocation temporaire d'attente (demandeurs d'asile)

0 La Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) vise précisément à couvrir les personnes en provenance d'un pays de l'Espace économique européen et de la Suisse, en séjour temporaire en France, (voir p. 196)

1 (voir précisions p. 102)

2 Possible uniquement en tant qu'ayant droit d'un assuré sur critère socioprofessionnel

3 Oui si titulaire de convocation ou RV en préfecture,

4 Le ministère de la Santé considère qu'un tel demandeur d'asile ne peut pas être assuré, bien que placé sous convocation

à la préfecture dans l'attente de son éventuelle réadmission vers un autre pays concerné par le Règlement Dublin II. Pour les détails, selon que la personne se situe avant ou après l'arrêt de réadmission vers un autre pays, (voir p. guide 2008)

5 Maintien des droits en cours pour un demandeur d'asile débouté en moins de 3 mois (hypothétique)



• Au-delà des 3 premiers mois de présence en France.

L'étranger en règle au regard du séjour, et ayant vocation à vivre durablement en France (ce qui exclut les étrangers de passage), peut accéder à l'assurance maladie (Sécurité sociale, voir p. 136), qu'il travaille ou non, les cotisations étant, dans tous les cas, proportionnelles aux ressources. À défaut de séjour régulier, l'étranger relève de l'Aide médicale État (sous condition de ressources).

Protection au-delà des 3 premiers mois de présence en France

Situation administrative au jour de la demande	Protection maladie			FSUV ⁶
	Assurance maladie + CMU-C	Assurance maladie + AME-C	AME	
Visa long séjour valant titre de séjour (VLS-TS) en cours	1			
Demandeur asile avant enregistrement en préfecture			OUI	
Demandeur asile (DA) enregistré en procédure normale, avec ou sans ATA*	OUI			
Demandeur d'asile enregistré en procédure prioritaire	2		OUI	
Demandeur d'asile enregistré en procédure Dublin II	3			OUI
Demande de régularisation (convocation, récépissé)	OUI			
Titulaire d'un titre de séjour ou d'un droit au séjour (y compris réfugiés statutaires et protégés subsidiaires) avec ou sans autorisation de travail, quelle que soit la durée du titre de séjour - toute nationalité y compris UE	OUI			
Séjour irrégulier – titre de séjour non renouvelé (dont DA)	4	5	OUI	
Séjour irrégulier – autres situations (dont visa expiré)			OUI	

Attention : certaines des prestations sont réservées aux seules personnes démunies financièrement

AME : Aide médicale État

AME-C : AME pour la seule part complémentaire en complément d'un maintien de droit à l'assurance maladie

CMU-C : complémentaire-CMU

FSUV : Fonds pour les soins urgents et vitaux

■ Non avvenu ou impossible en droit

* Allocation temporaire d'attente (demandeurs d'asile en cours de procédure)

1 Oui, sous condition d'avoir engagé les démarches auprès de l'OFII

2 Oui, si titulaire de convocation ou RV en préfecture

3 Le ministère de la Santé considère qu'un tel demandeur d'asile ne peut pas être assuré bien que placé sous convocation à la préfecture dans l'attente de son éventuelle réadmission vers un autre pays concerné par le règlement Dublin II. Pour les détails, selon que la personne se situe avant ou après l'arrêt préfectoral de réadmission vers un autre pays, (voir guide 2008)

4 Maintien des droits (voir p. 150) jusqu'à expiration de la CMU-C en cours (le cas échéant) et possibles exceptions à l'obligation de séjour régulier

5 Maintien des droits à l'assurance maladie pendant 1 an (si les droits ont été ouverts pendant la période de séjour régulier) et AME pour la part complémentaire (sous condition de ressources)

6 Les procédures « d'instruction rapide » à la CMU-C et à l'AME, et les possibilités de rétroactivité, devraient rendre sans objet l'usage du Fonds pour les soins urgents et vitaux



Codes « régimes » pouvant concerner les étrangers

Source : « 5^e Rapport d'évaluation de la loi CMU » (2011)

801	Critère de résidence avec cotisation	Affiliation dite au titre de la « CMU de base »
802	Critère de résidence sans cotisation	
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate (provisoire de 3 mois, avant examen au Fonds)	
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT	
806	Critère de résidence au titre du RSA	
833	Critère de résidence ex-yougoslave majeur	
090	Bénéficiaire d'une allocation de chômage	
095	AME	

ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie désigne la branche maladie de la Sécurité sociale qui couvre les risques maladie, maternité, invalidité, décès, veuvage, accident du travail et maladie professionnelle. C'est une assurance obligatoire de service public, accessible quel que soit le statut professionnel (avec ou sans emploi) aux Français ou étrangers résidant en France de façon stable et régulière. Les personnes les plus pauvres bénéficient d'un accès gratuit (dispense de cotisations) au régime de base de la Sécurité sociale, auquel s'ajoute la complémentaire-CMU. La connaissance des textes réglementaires permet de résoudre la plupart des difficultés d'ouverture des droits.



Voir aussi complémentaire-CMU, p. 154

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION (FRANÇAIS ET ÉTRANGERS)

NB : dans tous les cas, les prestations en nature accordées (soins pris en charge) sont identiques, à savoir celles de l'assurance maladie du régime général des travailleurs salariés.

• **Trois « portes d'entrée » permettent d'ouvrir des droits à l'assurance maladie de la Sécurité sociale :**

- **l'activité salariée** ou assimilée (comme la perception de certaines pensions ou allocations) soumise à cotisation permet une « affiliation sur critère socioprofessionnel ». Selon le type d'activité professionnelle, l'assuré relève du régime de Sécurité sociale correspondant. Ce guide se limite au régime général des travailleurs salariés, certaines branches professionnelles relevant d'un régime dit « spécial »;
- **le rattachement comme membre de famille** d'une personne déjà assurée permet une « affiliation comme ayant droit », *(voir Ayants droit et membres de famille, p. 188)*;
- à défaut, **la simple présence en France avec paiement de cotisations personnelles** obligatoires proportionnelles aux revenus permet une « affiliation sur critère de résidence ». Cette catégorie est appelée par les caisses « CMU de base » *(voir définitions, p. 154)*. L'affiliation au titre de la « CMU de base » couvre des non-travailleurs riches et pauvres. Seuls les plus pauvres (bénéficiaires du RSA...) sont dispensés du paiement des cotisations, lesquelles sont alors financées, via des taxes, par l'État au titre de la solidarité nationale.

• **L'administration compétente est la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) en France métropolitaine et la caisse générale de Sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer** (sauf Mayotte), **du département de résidence de l'assuré**. Ces caisses disposent d'un ou de plusieurs guichets dans chaque ville du département (ou chaque arrondissement) appelés agence, centre d'assurance maladie, espace accueil ou encore centre de Sécurité sociale (CSS). C'est cette dernière appellation qui est retenue dans ce guide pour désigner tout point d'accueil du public des CPAM et des CGSS. Les usagers peuvent donc s'adresser à leur CSS, selon l'adresse de leur hébergement ou de leur domiciliation.

Pour les conditions générales d'accès à l'assurance maladie, (voir *Panorama et notions clés de l'accès aux droits*, p. 124)

CONDITION D'ANCIENNETÉ DE PRÉSENCE DE 3 MOIS

• **Les personnes (françaises et étrangères) affiliées sur critère socioprofessionnel et leurs ayants droit ne sont pas soumises au délai de 3 mois**, à la différence des personnes affiliées au titre de la « CMU de base » et de leurs ayants droit majeurs (sauf exceptions).

Condition d'ancienneté de présence de 3 mois		Source
Assurance maladie sur critère socioprofessionnel		
Assuré	NON	Aucun texte ne prévoit de délai
Ayant droit (majeur et mineur)	NON	
Assurance maladie sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la CMU de base)		
Assuré	OUI	« Stabilité » R 380-1 I du CSS
Ayant droit majeur	OUI	
Ayant droit mineur	NON	Arrêt CE 23.12.2010 n° 335738
Demandeur d'asile, réfugié, protégé subsidiaire	NON	R 380-1 I. du CSS
Étudiant, stagiaire international	NON	
Autres <i>(voir l'article R 380-1 du CSS in extenso infra)</i>	NON	



Article R 380-1 du Code de la Sécurité sociale

La « stabilité » du séjour au sens de la CMU de base

I. Pour être affiliées ou rattachées en qualité d'ayants droit au régime général, les personnes visées à l'article L 380-1 [affiliation au titre de la « CMU de base »] doivent justifier qu'elles résident en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois.

Toutefois, ce délai de 3 mois n'est pas opposable :

- 1° aux personnes inscrites dans un établissement d'enseignement, ainsi qu'aux personnes venant en France effectuer un stage dans le cadre d'accords de coopération culturelle, technique et scientifique;
- 2° aux bénéficiaires des prestations suivantes :
 - prestations familiales prévues à l'article L 511-1 et au chapitre V du titre V du livre VII et aides à l'emploi pour la garde de jeunes enfants prévues au titre IV du livre VIII;
 - allocations aux personnes âgées prévues au titre 1^{er} du livre VIII [allocation de solidarité aux personnes âgées; allocation supplémentaire d'invalidité];
 - allocation de logement prévue par l'article L 831-1 et aide personnalisée au logement prévue par l'article L 351-1 du Code de la construction et de l'habitation;
 - prestations instituées au livre II du Code de l'action sociale et des familles [aide sociale à l'enfance; aide sociale aux personnes âgées dont APA]; à l'exception de celles mentionnées au titre V [bénéficiaires de l'AME];
- 3° aux personnes reconnues réfugiés, admises au titre de l'asile ou ayant demandé le statut de réfugié.

II. [...]

• **Les ayants droit mineurs d'un assuré ne sont pas soumis au délai d'ancienneté de présence de 3 mois** que l'assuré soit affilié sur critère socioprofessionnel ou au titre de la résidence (« CMU de base »). Ce dernier point, méconnu, n'apparaît pas dans les textes, l'article R 380-1 du CSS ne distinguant pas le sort des mineurs. Mais le Conseil d'État par son arrêt du 23 décembre 2010 l'impose clairement : « *Considérant qu'il résulte des dispositions précitées que si les ayants droit majeurs d'une personne affiliée au régime général de la Sécurité sociale au titre de l'article L 380-1 sont, depuis l'intervention du décret du 14 mars 2007, soumis à la condition de résidence ininterrompue en France depuis plus de 3 mois, il n'en est pas de même des ayants droit mineurs, qui sont dispensés de cette condition* » (CE n° 335738, Aides, AFVS, Comede, Gisti).



CONDITION DE « RÉSIDENCE RÉGULIÈRE » EN FRANCE

• **L'accès à l'assurance maladie est soumis à une obligation générale de séjour régulier** (voir condition n°3 « la régularité de séjour » des étrangers p. 127), y compris pour les ressortissants communautaires. Les étrangers démunis ne remplissant pas la condition de résidence régulière relèvent de l'Aide médicale État. La courte durée de validité d'un titre de séjour, ou sa « faible valeur » dans la hiérarchie des titres de séjour (par exemple une convocation en préfecture) ne fait pas obstacle à l'entrée dans le droit. Le Code de la Sécurité sociale prévoit trois définitions de la « régularité du séjour » selon que l'étranger peut être assuré sur critère socioprofessionnel, en tant qu'ayant droit d'un tel assuré, et enfin en tant qu'assuré sur critère de résidence (CMU de base) ou ayant droit d'un tel assuré.

• **Pour l'assuré sur critère socioprofessionnel, la condition de résidence régulière est imposée par l'article L 161-25-1 du CSS. La liste des titres attestant de la régularité du séjour est définie par décret** (art. D 115-1 du CSS), comprenant le récépissé « constatant le dépôt d'une demande d'asile » et les autorisations de séjour avec droit au travail quelle qu'en soit la durée. Un visa de court séjour n'est pas un « titre de séjour » et n'entre pas dans la liste des documents permettant une affiliation sur critère socio-professionnel.

Liste n° 1 : titres de séjour nécessaires pour être affilié sur critère socioprofessionnel Article D 115-1 du Code de la Sécurité sociale, modifié en dernier lieu par décret du 27 février 2006

- 1° carte de résident ;
- 2° carte de séjour temporaire ;
- 3° certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- 4° récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- 5° récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 3 mois renouvelable portant la mention : « reconnu réfugié » ;
- 6° récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de 6 mois, renouvelable ;
- 7° récépissé constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié portant la mention : « a demandé le statut de réfugié » d'une validité de 3 mois, renouvelable ;

Existence d'une condition de régularité de séjour et sources, voir *Panorama et notions-clés*, tableau p. 124



- 8° autorisation provisoire de travail pour les personnes séjournant en France sous couvert d'un visa de séjour d'une durée égale ou inférieure à 3 mois, ou, pour celles qui ne sont pas soumises à visa et qui sont sur le territoire français, pour une durée inférieure à 3 mois;
- 9° autorisation provisoire de séjour accompagnée d'une autorisation provisoire de travail;
- 10° *paragraphe supprimé*
- 11° le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour;
- 12° contrat de travail saisonnier visé par la direction départementale du travail et de l'emploi;
- 13° récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : « il autorise son titulaire à travailler »;
- 14° carte de frontalier, d'une durée de validité de 6 mois, renouvelable.

• **S'ajoutent à cette liste les titulaires de visa de long séjour valant dispense de titre de séjour (VLS-TS,**

voir fac simile, guide 2008). Ce type de visa (prévu par l'article R 311-3 du Ceseda) autorise des séjours entre 3 et 12 mois, tient lieu

de titre de séjour, et dispense leur titulaire (et les empêche donc) de demander un titre de séjour en préfecture. Les catégories concernées sont (R 311-3 du Ceseda; version mise à jour par le décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011) :

1. les étrangers séjournant en France sous couvert d'un visa d'une durée supérieure à 3 mois et inférieure ou égale à six mois comportant la mention « dispense temporaire de carte de séjour »;
2. les conjoints de ressortissants français sous couvert d'un visa portant la mention « vie privée et familiale »;
3. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « étudiant »;
4. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « salarié » ou « travailleur temporaire » ou « scientifique chercheur » ou « stagiaire »;
5. les étrangers conjoints de ressortissants étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « vie privée et familiale »;
6. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « visiteur ». **Attention** : cette dernière catégorie de personne n'est pas autorisée à exercer une activité professionnelle salariée en France, et ne pourra donc pas être assurée à ce titre. Ce visa long séjour valant titre de séjour (de même que les autres catégories) permet cependant de remplir



la condition de régularité du séjour pour une affiliation comme ayant droit majeur ou au titre de la « CMU de base » (*voir infra*). La lettre ministérielle du 12 octobre 2009, relative aux conditions de contrôle de la régularité de séjour de certains ressortissants étrangers dispensés de l'obligation de détenir un titre de séjour pendant la durée de validité du visa long séjour, précise que ce VLS-TS vaut régularité du séjour pour toutes les prestations de Sécurité sociale (dont l'assurance maladie). Pendant les 3 premiers mois de présence en France le VLS-TS se suffit en lui-même pour attester de la régularité du séjour. À l'issue des 3 premiers mois, le VLS-TS ne vaut régularité du séjour que si son titulaire justifie avoir engagé les démarches auprès de l'OFII par la production soit de l'accusé de réception émis par l'OFII, soit le passeport revêtu de la vignette sécurisée ou du cachet.

• **Pour l'ayant droit majeur, la condition de régularité du séjour est imposée par l'article L 161-25-2 du CSS,** (*voir Condition de régularité de séjour, p. 191 et Mineurs, p. 138*).

La régularité du séjour de l'ayant droit majeur d'un assuré sur critère socio-professionnel est définie par décret (art. D 161-15 du CSS). Il s'agit d'une liste comprenant la plupart des titres de séjour, dont les APS (quelle que soit la durée de validité de l'autorisation provisoire de séjour et même sans droit au travail). Un visa de court séjour n'est pas un « titre de séjour » et n'entre pas dans la liste des documents permettant une affiliation comme ayant droit majeur.

Liste n° 2 : titres de séjour nécessaires pour être affilié comme ayant droit majeur d'un assuré sur critère socioprofessionnel

Ne concerne pas l'ayant droit d'un assuré au titre de la CMU de base

Article D 161-15 du Code de la Sécurité sociale,
modifié en dernier lieu par décret du 27 février 2006

- 1° carte de résident ;
- 2° carte de séjour temporaire ;
- 3° certificat de résidence de ressortissant algérien ;
- 4° récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus ;
- 5° récépissé de première demande de titre de séjour.
accompagné soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de la famille d'une personne de nationalité française ;



- 6° récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de 3 mois renouvelable portant la mention : « reconnu réfugié » ;
- 7° récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : « étranger admis au titre de l'asile » d'une durée de validité de 6 mois, renouvelable ;
- 8° autorisation provisoire de séjour ;
- 9° *paragraphe supprimé*
- 10° le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour.

Définition de la régularité du séjour en CMU de base : une circulaire ministérielle de référence qui fixe la frontière entre assurance maladie et AME

« À défaut de la production d'une carte de séjour, dès lors que l'intéressé peut attester par la présentation de tout document (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture, autre) qu'il a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture de son lieu de résidence, il est établi qu'il remplit la condition de régularité de résidence définie à l'article L380-1 [affiliation au titre de la CMU de base]. » Circulaire DSS/2A 2000/239 du 3 Mai 2000, §A. II-B

• **Pour l'assuré affilié sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la « CMU de base »), il n'existe pas de liste de titres de séjour, mais l'exigence d'une résidence « stable et régulière ».** La loi (art. L 380-1 du CSS) définit le critère de résidence comme étant la résidence « stable et régulière » en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer et renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser ces notions. Ce décret en Conseil d'État (modifié en dernier lieu par décret du 15 avril 2009) a créé l'article R 380-1 du CSS qui apporte peu de précisions sur la notion de « régularité » (pour la stabilité, *voir supra Ancienneté de présence en France*) et indique : « Les personnes de nationalité étrangère doivent en outre justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France à la date de leur affiliation. » Le ministère a fixé par circulaire la définition de la régularité du séjour en « CMU de base » (circulaire ministérielle n° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la couverture maladie universelle (assurance maladie et protection complémentaire). Sont en séjour régulier au sens de la « CMU de base » les personnes suivantes :

- les titulaires de tout document de séjour y compris « convocation préfecture », ou « rendez-vous préfecture » ;
- les titulaires de visa d'une durée supérieure à 3 mois et inférieure ou égale à 6 mois (long séjour) comportant la mention « dispense temporaire de carte de séjour » ;
- les étrangers faisant l'objet d'une assignation à résidence prononcée par un arrêté du ministre de l'Intérieur ou du préfet ou, à Paris, du préfet de police.

EXCEPTIONS À L'OBLIGATION DE SÉJOUR RÉGULIER

• **Les ayants droit mineurs d'un assuré (voir Mineurs, p. 138).**



• **Les accidentés du travail et victimes de maladie professionnelle (AT/MP)** (voir guide 2008). Aucune condition de régularité du séjour et de travail n'est exigée pour le bénéficiaire des prestations dues en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le fait d'être dépourvu de titre de séjour et/ou d'être employé irrégulièrement ne doit pas faire obstacle aux démarches auprès de la Sécurité sociale.

La déclaration d'un accident du travail (si l'employeur ne l'a pas faite) peut être faite par la victime ou ses représentants jusqu'à l'expiration de la deuxième année qui suit l'accident (ou la constatation de la maladie professionnelle). Cependant, chaque situation doit être étudiée individuellement dans la mesure où l'établissement du caractère professionnel de l'AT/MP peut s'avérer difficile (emploi dissimulé, emploi sans autorisation, emploi sous une fausse identité, absence de contrat de travail et/ou de fiche de paye, crainte de la victime de représailles de l'employeur...). L'attribution d'une rente AT/MP de 20 % par l'assurance maladie ouvre droit à une carte de séjour temporaire mention « vie privée et familiale ».

• **Les détenus.** S'ils étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, les détenus étrangers sont couverts par l'assurance maladie (L 381-30 du CSS) seulement pendant la période de leur détention, leurs droits n'étant pas prolongés au-delà de leur libération (L 381-30-1 et L 161-13 du CSS), la couverture ne s'étendant pas à leurs ayants droit hors les murs même mineurs (L 380-30-1 du CSS).

• **Les conventions internationales.** Sont concernés les ressortissants de pays signataires de conventions internationales qui écartent l'obligation de régularité du séjour.

• **Le maintien des droits** (voir p. 150). Le maintien des droits prévu à l'article L 161-8 du CSS permet à l'étranger qui perd son droit au séjour en France, et continue d'y résider, de bénéficier pendant 1 an des prestations en nature (remboursements de soins) de l'assurance maladie, malgré l'absence de titre de séjour (il peut alors être utile de demander une AME à titre partiel).

CONDITIONS DE RESSOURCES

• **Quel que soit leur statut administratif (y compris en séjour irrégulier), les étrangers résidant en France sont tenus de déclarer annuellement leur revenu à l'administration fiscale.**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Catred, Des droits à votre portée, 3^e édition, téléchargeable sur le site www.catred.fr

Dictionnaire permanent du droit des étrangers, Étude protection sociale, Éditions législatives

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire international des prisons, Guide du prisonnier de l'OIP, Éditions La Découverte, 2004

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Gisti, La Protection sociale des étrangers par les textes internationaux, coll. Les cahiers juridiques, déc. 2008



La régularité du séjour est un critère indifférent en droit fiscal. L'avis d'imposition est une pièce essentielle pour justifier auprès des administrations sociales tant de son niveau de ressources que de sa résidence habituelle en France et de son ancienneté de présence.

- **Pour l'affiliation sur critère socioprofessionnel**, il n'y a pas de condition de ressources, puisque l'affiliation est précisément effectuée du fait du versement de cotisations obligatoires prélevées à la source (salariés et assimilés, bénéficiaires de prestations sociales).

- **Pour l'affiliation comme ayant droit**, il n'y a pas de condition de ressources, ni exigence de paiement préalable de cotisations.

- **Pour l'affiliation sur critère de résidence** (CMU de base), le bénéfice de l'assurance maladie est gratuit (dispense de cotisation) :
 - soit si l'intéressé est éligible à la complémentaire-CMU, selon l'article L 861-2 dernier alinéa du CSS;
 - soit si l'intéressé bénéficie du RSA;
 - soit si les ressources de l'intéressé sont strictement inférieures à 9356 € par an [montant au 30.6.2012], et ce, quelle que soit la composition du foyer.
 Au-delà, une cotisation annuelle (8 %) est réclamée sur la part des revenus dépassant le plafond.

- **Les ressources prises en compte** sont le « revenu fiscal de référence » (art. L380-2 du CSS) figurant sur l'avis d'imposition du foyer (dont ayants droit).

- **Période de référence : l'année civile précédente** (art. D 380-1 du CSS). Jusqu'au 1^{er} octobre de l'année en cours (N), l'avis d'imposition disponible est celui de l'année N-1 correspondant aux revenus perçus à l'année N-2. A compter du 2 octobre de l'année en cours, l'avis d'imposition disponible devient celui de l'année N, correspondant aux revenus perçus l'année N-1. Il peut donc arriver que l'étranger récemment arrivé en France se voie demander de justifier de ses ressources de l'année N-2 alors qu'il résidait dans son pays d'origine. Cette exigence ne paraît pas conforme à la réglementation, qui vise non pas l'avis d'imposition mais le revenu fiscal de l'année civile précédente. Il faut vérifier au préalable si l'étranger ne se trouve pas déjà sous le plafond de ressources pour les douze mois précédant la demande. En effet, dans ce cas (très fréquent), la personne est éligible à la complémentaire-CMU et se trouve ainsi dispensée de



cotisation pour la base (art. L 861-2 du CSS) et donc de justifier de ses ressources au-delà des douze mois précédents.

• **Refus d'affiliation faite d'un relevé d'identité bancaire ou postal.** Le RIB ou RIP est un document facultatif (aucun texte légal ou réglementaire ne le mentionne), et son défaut ne doit pas faire obstacle à l'ouverture de droits lorsque l'intéressé est éligible à la complémentaire-CMU qui dispense d'avance des frais. Cependant, à la demande de leur agent comptable, de nombreuses caisses font figurer ce document dans la liste des pièces à fournir pour la complémentaire-CMU. Cela engendre des complexités supplémentaires et donc des retards d'accès aux droits et aux soins pour les étrangers en séjour précaire dont l'accès à un compte bancaire est possible mais difficile (*voir Soutien juridique, guide 2008*). En matière d'Aide médicale État (AME), le ministère de la Santé a rappelé aux caisses que le RIB-RIP n'est pas une pièce constitutive de la demande (*voir Aide médicale p. 180*).

IMMATRICULATION ET ÉTAT CIVIL DES MAJEURS (VOIR MINEURS, P. 138)

• **L'entrée d'un nouveau bénéficiaire dans le dispositif de protection maladie nécessite son « immatriculation », c'est-à-dire l'attribution d'un numéro de gestion.** Il existe quatre types de numéros figurant sur les attestations de droit des usagers :

1. l'immatriculation « Sécurité sociale » définitive (concerne l'immense majorité des assurés en France et notamment toutes les personnes nées en France);
2. l'immatriculation « Sécurité sociale » d'attente (anciennement immatriculation provisoire);
3. l'immatriculation au régime des « migrants » pour les personnes installées en France mais assurées au titre d'une protection maladie de droit étranger et gérée par une caisse française;
4. l'identifiant national (IN) des bénéficiaires de l'AME non immatriculés précédemment.



	Dénom.	NC	CP		Concerne	Condition	C. Vitale
Immatriculation définitive	NIR	13	2	1	Ass. maladie	État civil certifié	Oui
Immatriculation provisoire	NIA	13	8	7	Ass. maladie	État civil non certifié	Non
Immatriculation régime « migrants »	NIA	13	6	5	Ass. maladie	État civil non certifié	Non
Identifiant national AME (voir p. 170)	NIA	13	8	7	AME	Si pas de NIR précédemment	Non

Dénom : dénomination; NC nombre de chiffres; CP commence par; C. Vitale : carte SESAM-Vitale possible
 NIA : numéro identifiant d'attente (anciennement NNP, numéro national provisoire); NIR : numéro d'inscription au répertoire (des personnes physiques; Insee)
 Sources : décret n° 2009-1577 du 16.12.2009 et circulaire ministérielle DSS/SD4C n° 2012-213 du 1.6.2012

• **Un numéro de Sécurité sociale est attribué à toute personne qui demande pour la première fois à bénéficier de la Sécurité sociale.** Cette immatriculation, qui a lieu une seule fois dans la vie, donne lieu à l'édition d'un numéro d'identification à 13 chiffres : le « NIR » (numéro d'inscription au répertoire national des personnes physiques de l'Insee). L'immatriculation est directement liée à l'identification individuelle des personnes physiques et donc tributaire de l'état civil. L'immatriculation ne doit pas être confondue avec l'affiliation, qui est le rattachement de l'assuré à une caisse primaire (ou une caisse générale en outre-mer), conditionné par le fait que les conditions pour ouvrir des droits à l'assurance maladie sont remplies (cotisations ou résidence stable et régulière, *voir supra*).

• **Pour le demandeur né à l'étranger** (Français inclus), la procédure est particulière. Il doit lui-même fournir à la CPAM/CGSS une pièce d'état civil (PEC) probante avec filiation, qui est transmise au service administratif national d'identification des assurés (Sandia), de la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) à Tours, assurant pour le compte de l'Insee l'inscription au Répertoire national des personnes nées à l'étranger. C'est donc le service de Tours (et non la CPAM/CGSS) qui édite le NIR après certification de l'état civil au vu des photocopies des pièces transmises. Selon ce service, il n'existe pas de liste réglementaire de pièces d'état civil classées par valeur probante, mais une simple instruction commune à la CNAV et à l'Insee (Guide de l'identification). Cette instruction est modifiée périodiquement. La mention du lieu de naissance, du pays de naissance et de la filiation sont des éléments



déterminants pour identifier les homonymes. L'extrait d'acte de naissance traduit en français reste la pièce la plus probante et est donc prioritairement demandé par les caisses.

• **En cas de défaut d'extrait d'acte de naissance, le demandeur doit présenter toute autre pièce d'état civil (PEC) :**

- un **passport** (instruction CNAM lettre-réseau LR-DRM-10.2004 du 28.1.2004);
- à défaut, pour les demandeurs d'asile, le **récépissé jaune** portant la mention « constatant le dépôt d'une demande d'asile » doit permettre l'immatriculation définitive [Guide de l'identification Cnav/Insee version 3, novembre 2008];
- à défaut, une **carte de séjour délivrée par l'administration française, ou une pièce d'identité du pays** ou une déclaration d'identité sur l'honneur mentionnant le lieu et le pays de naissance ainsi que la filiation.

L'éventuel refus d'immatriculation définitive par le Sandia est notifié à la CPAM/CGSS, et le demandeur doit être informé des motifs par la caisse.

• **Dans l'attente de l'immatriculation définitive, ou en cas de défaut de pièce d'état civil probante,** la caisse ne devrait ni refuser l'enregistrement de la demande ni différer l'ouverture des droits. En effet, chaque CPAM/CGSS a compétence pour procéder à l'édition d'un numéro identifiant d'attente (NIA, anciennement numéro national provisoire, NNP), qui commence par 8 (femme) ou par 7 (homme). Il s'agit là d'une compétence qu'il convient d'utiliser pleinement, de sorte que le défaut de pièce d'état civil probante ne fasse pas échec à la mise en œuvre de la « présomption de droit » prévue depuis la réforme CMU (*voir infra Délai d'ouverture*). Il est possible à tout moment de fournir à la CPAM/CGSS une pièce d'état civil probante pour passer d'une immatriculation provisoire à une immatriculation définitive.

• **L'enjeu de l'immatriculation définitive.** Les personnes dont l'immatriculation est provisoire n'ont pas accès à la carte SESAM-Vitale (*voir infra*) et rencontrent donc d'importantes difficultés d'accès aux soins, face aux professionnels de santé pour lesquels l'attestation papier est source de complications administratives (télépaiement en mode dit « dégradé », pas de vérification informatique de l'ouverture de droits, remboursements hors département non assurés...).

• **Pour l'identifiant national en Aide médicale État (AME),** *voir Justificatifs d'identité et immatriculation, p. 170*



« CMU de base » : une porte d'entrée à l'assurance maladie, théoriquement sans délai et simplifiée

Article L 161-2-1 du CSS :

« Toute personne qui déclare auprès d'une CPAM ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. »

DÉLAI D'OBTENTION

• **Pour l'ouverture des droits à l'assurance maladie au titre de la « CMU de base », il s'agit par principe d'une affiliation sans délai.** À la différence de la complémentaire-CMU, il n'existe donc pas de procédure d'urgence en tant que telle (*voir Délai d'obtention : procédure immédiate, p. 158*).

• **L'« affiliation sans délai » n'est précisée par aucun texte.** Il s'agit, depuis la réforme CMU de 1999, de mettre en œuvre une « présomption d'existence de droit » pour toute personne sans protection de base, la caisse cherchant a posteriori le régime réel de la personne et le montant de la cotisation éventuelle (art. L 161-2-1 du CSS et circulaire DSS/2A/99/701 du 17.12.1999, §A.I). Lorsque le dossier est complet, il est théoriquement possible que le demandeur se voie remettre le jour-même une attestation papier d'admission provisoire valable 3 mois, sous réserve de la justification de sa résidence stable et régulière. Le code régime correspondant est 803 (admission provisoire au titre de la « CMU de base »). En pratique, les caisses demandent une liste de pièces à fournir complexe, et invitent les personnes à revenir les déposer ou à les leur envoyer, avec des délais de traitement allant jusqu'à plusieurs mois.

DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

• **La date d'ouverture du droit est la date de dépôt du dossier,** même lorsque la réponse de la caisse parvient ultérieurement (circulaire DSS/2A du 12 janvier 2000, §I. 2.2, p. 3). Les frais engagés à compter de cette date doivent donc être pris en charge pour la part obligatoire (attention, ce n'est pas le cas, en principe, pour la part complémentaire, qui reste à la charge de l'assuré).

• **Il n'y a pas rétroactivité d'ouverture du droit,** sauf dans certains cas où une demande de complémentaire-CMU est simultanément demandée.

• **En cas de réception d'une facture de l'hôpital,** il faut prendre contact avec le service des frais de séjour (ou des traitements externes) ou avec le service social du service concerné. En cas de convocation ou de demande de document par le CSS, il faut se présenter dans les meilleurs délais pour établir le dossier.



Pour les personnes dont les ressources sont faibles, il existe des possibilités limitées d'ouverture rétroactive des droits avec la complémentaire-CMU ou l'AME.

DURÉE DE LA PROTECTION

• **La durée d'ouverture du droit à l'assurance maladie ne peut pas être inférieure à 1 an** (sauf en cas de décès ou de départ hors de France). Bien qu'aucun texte ne formalise un droit incompressible de 1 an dans toute situation socio-professionnelle, plusieurs sources convergent vers ce critère :

- pour les personnes affiliées en qualité de travailleur salarié la durée de 1 an est fixée par l'article R 313-2 du CSS;
- le « **maintien de droit automatique** » (art. L 161-8 du CSS) **est fixé à 1 an pour la couverture de base** (art. R 161-3 du CSS) à compter du jour où l'intéressé cesse de remplir les conditions pour être assuré. Attention, ce maintien des droits ne concerne pas la protection complémentaire;
- la « **CMU de base** » a pour fonction de maintenir dans le système toute personne résidant en France de façon stable et régulière même sans activité professionnelle.

• **En cas de titre de séjour de courte durée**, le même raisonnement s'applique, et l'ouverture du droit ne peut pas se limiter à la seule durée du titre de séjour. Par exemple, avec une autorisation provisoire de séjour de 3 mois (APS 3 mois) :

- s'il s'agit d'un salarié (APS avec droit au travail), celui-ci pourra être affilié à l'assurance maladie car son titre de séjour l'y autorise (*voir D 115-1 du CSS, p. 139*). En cas de non-renouvellement de son APS, le dispositif de maintien des droits de 1 an (*voir infra*) trouverait à s'appliquer à compter de la fin de validité de l'APS. L'ouverture de droit initiale ne peut donc être inférieure à un an;
- s'il s'agit d'un assuré sur critère de résidence (au titre de la « **CMU de base** »), l'article R 380-1 du CSS précise que l'étranger doit être en règle « à la date de [son] affiliation ». Un titre de séjour de courte durée ne peut donc pas motiver un refus « d'entrée dans le droit ». Le dispositif de maintien des droits de 1 an devrait également trouver à s'appliquer. Dans tous les cas, si l'assuré est également bénéficiaire de la complémentaire-CMU (assuré ayant de faibles ressources), celle-ci est attribuée de façon incompressible pour 1 an, **même en cas de perte du droit au séjour**. La couverture de base est, de plus, toujours prolongée jusqu'à expiration de l'année



en cours de protection complémentaire en cours (*voir Les sources dans complémentaire-CMU, p. 161*).

• **Le maintien des droits est applicable pour un étranger qui perd son droit au séjour.** Les assurés étrangers et/ou leurs ayants droit qui deviennent « sans papiers » restent bénéficiaires de l'assurance maladie, sur la base de l'article L 161-8 du CSS, pendant 1 an à compter de la date de péremption de leur titre de séjour. Les instructions ministérielles (circulaire du 3 mai 2000, § C. I- a) prévoient d'appliquer effectivement ce dispositif, sauf pour les affiliés sur critère de résidence (affiliés au titre de la « CMU de base »). Ce dernier point est contestable, l'article L 161-8 du CSS ne distinguant pas entre catégories d'assurés.

• **En pratique, le maintien des droits est appliqué** pour les assurés sur critères socioprofessionnels (dont les anciens demandeurs d'asile indemnisés par Pôle emploi). Demander au centre de Sécurité sociale une notification écrite et une mise à jour de la carte SESAM-Vitale. Il est souvent nécessaire de rappeler que, dans ce cas, un titre de séjour en cours de validité n'est précisément pas nécessaire (circulaire du 3 mai 2000). Pour les (anciens) assurés au titre de la « CMU de base », seul un recours devant la commission de recours amiable de la caisse, puis devant le tribunal des affaires de sécurité sociale permettra d'obtenir le maintien des droits (*voir la note pratique du Gisti « Maintien des droits » qui comprend des modèles de demande et de recours, www.gisti.org*).

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE SESAM-VITALE

• **Les frais couverts par l'assurance maladie** (art. L 321-1 du CSS) sont les frais de médecine générale, spéciale et de soins dentaires (70 %), les frais pharmaceutiques (65 %), d'analyse et d'examen de laboratoire (60 %), d'hospitalisation ou de consultation externe et d'examen de laboratoire à l'hôpital (80 %), de transport (35 %), de prothèses dentaires et optiques (sur la base d'un prix forfaitaire très inférieur au coût réel), de rééducation fonctionnelle (40 %).

• **Précision sur le forfait journalier hospitalier.** Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement



hospitalier public ou privé, y compris le jour de sortie (au 30.7.2012 : 18 € par jour en hôpital ou en clinique ; 13,50 € par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé).

Il n'est pas pris en charge par l'assurance maladie sauf dans les situations suivantes :

- bénéficiaire de la complémentaire-CMU ou de l'Aide médicale État (AME) ;
- femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de sa grossesse, pour l'accouchement et pendant douze jours après l'accouchement ;
- enfant nouveau-né hospitalisé dans les trente jours suivant sa naissance ;
- hospitalisation due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle ;
- soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ;
- assuré du régime d'Alsace-Moselle ;
- soins d'un enfant handicapé de moins de 20 ans, s'il est hébergé dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle ;
- titulaire d'une pension militaire.

• **L'assuré doit régler ses frais de santé** (à l'exception de l'hospitalisation) et se fait rembourser par la CPAM/CGSS. Le système du « **tiers payant** », à négocier avec le professionnel de santé, permet de ne pas faire l'avance de la totalité des frais (un tiers, l'assurance maladie paye à la place de l'assuré). La caisse rembourse le professionnel pour la « part obligatoire », et l'assuré ne paye que la part complémentaire, appelée « **ticket modérateur** » (*voir Lexique, p. 122*). La « dispense complète d'avance des frais » (pas de paiement du ticket modérateur) est réservée aux seuls titulaires de la complémentaire-CMU (*voir Dispense d'avance des frais p. 163*) ou de l'AME (*voir Dispense d'avance des frais p. 185*). Les personnes atteintes d'une ALD (*voir infra*) sont prises en charge à 100 % du tarif Sécurité sociale mais ne sont pas, de droit, dispensées d'avancer les frais.

• **Le « 100 % »**, c'est-à-dire les cas d'exonération du ticket modérateur (art. L 322-2 et R 322-1 du CSS), concerne les hospitalisations à partir du 31^e jour, les actes de chirurgie dont le coefficient est supérieur à K 50, les soins délivrés pour une affection de longue durée exonérante (100 % ALD30, liste à l'article D 322-1 du CSS), les femmes enceintes pour les quatre derniers mois de leur grossesse, l'hospitalisation des nouveau-nés, les bilans et traitements de stérilité sur avis du contrôle médical de la caisse, les titulaires de certaines pensions (invalidité, accident du travail).



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Assurance maladie,
www.ameli.fr/assures/
droits-et-demarches,
rubrique Par situation
médicale

**TRT5, VIH et 100 %
Sécurité sociale, un
guide associatif pour
compléter le protocole
de soins,** 2006, www.
trt-5.org/IMG/pdf/
EPProtocoloSoin-
LoDef-2.pdf

ATTENTION

La mention « CMU »
ne signifie pas
complémentaire-CMU
(mention figurant
explicitement pour ceux
qui en sont bénéficiaires).

Le « 100 % » ne couvre pas :

- le ticket modérateur pour les actes sans relation avec le motif médical de l'exonération (par exemple, la personne exonérée pour une affection de longue durée ne sera pas couverte à 100 % pour les soins concernant une autre pathologie);
- la participation forfaitaire de 1 euro, ni les franchises médicales, déduites automatiquement des remboursements;
- le forfait hospitalier journalier, c'est-à-dire la participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien pour toute hospitalisation de plus d'une journée;
- les dépassements d'honoraires facturés par les professionnels de santé;
- pour les dispositifs médicaux (lunettes, prothèses,...), la différence entre le tarif Sécurité sociale et le prix de vente pratiqué par le fournisseur;
- les actes et prestations non remboursés par la Sécurité sociale (par exemple, les médicaments non inscrits sur la liste des médicaments remboursables).

• **La notification d'ouverture de droit** à l'assurance maladie prend systématiquement la forme d'une notification papier indiquant l'immatriculation de l'assuré, son centre de rattachement, la date de début de la protection, le code régime, ainsi qu'un éventuel 100 %.

• **La carte « SESAM-Vitale »** est un support électronique, pour les personnes âgées de plus de 16 ans, permettant de simplifier les relations avec les professionnels de santé (vérification des droits et paiement plus rapide par la caisse). Elle est désignée comme carte d'assurance maladie individuelle interrégimes par les articles L 161-33 et R 161-33-1 du CSS. Elle indique les droits à la complémentaire-CMU. Son obtention est conditionnée à l'octroi d'une immatriculation définitive (*voir supra*). En cas d'immatriculation provisoire (numéro commençant par 7 ou 8), il faut remettre au centre de Sécurité sociale un document

d'état civil probant pour obtenir une immatriculation définitive.





• Codes des « régimes » pouvant concerner les étrangers

Source : « 5^e Rapport d'évaluation de la loi CMU », 2011

801	Critère de résidence avec cotisation	Affiliation dite au titre de la « CMU de Base »
802	Critère de résidence sans cotisation	
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate (provisoire de 3 mois, avant examen au Fonds)	
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT	
806	Critère de résidence au titre du RSA	
833	Critère de résidence ex-Yougoslave majeur	
090	Bénéficiaire d'une allocation de chômage	
095	AME	

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, Rapports d'activité et d'observation, www.comede.org

Observatoire du droit à la santé des étrangers, Rapports d'observation, www.odse.eu.org

COMPLÉMENTAIRE-CMU ET ACS

La complémentaire-CMU (couverture maladie universelle complémentaire, CMU-C) est une protection maladie complémentaire de service public, gratuite, sous condition de ressources, dont le contenu est défini par la loi. Elle vise à couvrir, en sus de l'assurance maladie (couverture de base), les assurés les plus pauvres. Les cotisations sont prises en charge par l'État et une contribution des organismes complémentaires (Fonds CMU). Elle peut être gérée soit par la caisse d'assurance maladie (assureur unique base et complémentaire), soit par un organisme complémentaire privé inscrit sur une liste agréée établie par le préfet de chaque département. Le bénéfice de la CMU-C donne droit à des réductions tarifaires dans les transports en commun. La connaissance des textes réglementaires permet de résoudre la plupart des difficultés d'ouverture des droits. L'aide à la complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée aux personnes dont les ressources dépassent jusqu'à 35% le plafond CMU-C, pour les aider à payer une partie des cotisations auprès d'un organisme complémentaire privé.



Voir aussi *Panorama et notions clés de l'accès aux droits*, p. 124, et *Assurance maladie*, p. 136

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION DE LA COMPLÉMENTAIRE-CMU

- **Pour pouvoir prétendre à la complémentaire-CMU, il faut :**
 - être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie (quelle que soit la porte d'entrée, c'est-à-dire avec ou sans activité professionnelle);
 - percevoir de faibles ressources (inférieures au montant du plafond national fixé par l'État).
- **Domiciliation et lieu de dépôt de la demande :**
voir Domiciliation, p. 128.

• **Quand demander ?** À tout moment, dès lors que l'on remplit les conditions. Les personnes pas encore « assurées » (entrant dans le système) doivent demander simultanément leur affiliation à l'assurance maladie et le bénéfice de la CMU-C.

• **Formulaires de demande.** Il faut remplir au moins deux formulaires : Demande de CMU-C et ACS (S3711) et Choix de l'organisme gestionnaire (S3712); éventuellement Choix de l'organisme pour un membre du foyer (S3713); téléchargeables sur le site Internet de l'assurance maladie www.ameli.fr.

CONDITIONS DE RÉSIDENCE HABITUELLE, D'ANCIENNETÉ DE PRÉSENCE ET DE RÉGULARITÉ DU SÉJOUR

• **Les conditions de résidence sont identiques à celles d'un assuré sur critère de résidence.** L'étranger doit être en séjour « stable et régulier » (*voir Condition de résidence régulière, p. 139*) au sens de la couverture de base (art. R 861-1 qui renvoie sur les conditions applicables en « CMU de base »); les cas supplémentaires de dispense du délai d'ancienneté de présence de 3 mois sont rarement rencontrés en pratique; voir art. R 861-1 du CSS). Pour l'assuré, la condition de résidence est généralement déjà acquise par l'accès à l'assurance maladie. Les étrangers en séjour irrégulier mais assurés sociaux au titre du maintien des droits (*voir Maintien des droits, p. 150*) ne peuvent accéder à la complémentaire-CMU faute d'être en séjour régulier (ils peuvent alors demander une AME partielle, *voir p. 169*). Les autres membres du foyer doivent être assurés pour la part obligatoire (base), éventuellement comme ayants droit de l'assuré bénéficiaire de la CMU-C.

CONDITION DE RESSOURCES

• **La complémentaire-CMU n'est accessible qu'à l'assuré social dont le revenu annuel est inférieur à un plafond** (*voir tableau infra*). L'effet de seuil est intégral, l'euro supplémentaire interdisant le droit à la prestation.

• **Une aide financière pour l'acquisition d'une couverture complémentaire « privée »** est possible pour les foyers dont les ressources dépassent le plafond de moins de 35 %, (*voir ACS, p. 157*).



• **Le plafond varie selon la composition du foyer** (nombre de personnes qui seront également couvertes de leurs revenus) :

Plafond de ressources annuel en complémentaire-CMU selon la taille du foyer au 20.1.2013

Pensez à vérifier les montants à jour, en consultant en ligne l'article D 861-1 du CSS sur Legifrance ou le site www.ameli.fr

Plafonds	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplém.
Métrop.	7 934	11902	14 282	16 662	+ 3173,76
DOM*	8 831	13 246	15 896	18 545	+ 3 532,396

* La complémentaire-CMU n'est pas applicable à Mayotte (ni dans les collectivités d'outre-mer)

• **Le foyer du demandeur** se compose de son conjoint (y compris concubin ou pacsé), de ses enfants âgés de moins de 25 ans et des autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à charge et rattachées au foyer fiscal du demandeur (article R 861-2 et R 861-4 du CSS).

• **Les ressources prises en compte** se composent de l'ensemble des ressources du foyer nettes de prélèvements sociaux obligatoires (art. R 861-4 du CSS). Ainsi, sauf rare exception, **tous les demandeurs d'asile ont droit à la complémentaire-CMU**. Les charges de pensions et obligations alimentaires sont déduites des ressources (art. R 861-9 du CSS)

• **Les avantages en nature.** Le bénéfice d'un logement à titre gratuit est l'unique avantage en nature pris en compte. Il fait l'objet d'une évaluation forfaitaire (art. R 861-5 du CSS) pour un montant identique à son évaluation pour le RSA (soit 12 % du montant de l'allocation de RSA socle garanti à une personne seule/14 % du montant de l'allocation de RSA socle pour deux personnes lorsque le foyer se compose de deux personnes/ 14 % du montant du RSA pour trois personnes lorsque le foyer se compose de trois personnes ou plus). Au 30.6.2012 : 56,99 € pour une personne seule ; 99,74 € pour deux personnes ; 119,68 € pour trois personnes et plus.

• **Les ressources non prises en compte.** Il s'agit de certaines prestations sociales définies à l'article R 861-10 du CSS, notamment :



- les aides et secours financiers versés par des organismes à vocation sociale dont le montant ou la périodicité n'ont pas de caractère régulier ainsi que les aides et secours affectés à des dépenses concourant à l'insertion du bénéficiaire et de sa famille notamment dans les domaines du logement, des transports, de l'éducation et de la formation;
- les indemnités journalières;
- l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments;
- l'allocation de rentrée scolaire;
- les primes de déménagement;
- les majorations pour tierce personne, la prestation de compensation pour personne handicapée, l'allocation personnalisée d'autonomie;
- l'indemnité en capital attribuée à la victime d'un accident du travail;
- la prestation d'accueil du jeune enfant, à l'exception du complément libre choix d'activité;
- les bourses d'études des enfants, sauf les bourses de l'enseignement supérieur.

• **La période de référence : les douze mois précédant la demande** (art. R 861-8 du CSS). Il faut noter que la nature des ressources comme la période de référence sont différentes de celles applicables pour l'étude de la cotisation au titre de la « CMU de base ». Le bénéficiaire de la complémentaire-CMU est dispensé de cotisation pour la base (art. L 861-2 du CSS) et donc de l'évaluation des ressources y afférant.

• **En cas de difficulté à produire des justificatifs**, les personnes en situation de précarité peuvent recourir à une déclaration sur l'honneur, comme l'indique expressément le 2^e alinéa de l'article R 861-16 du CSS.

• **Les règles relatives au contrôle du « train de vie »** n'ont en principe aucun lien avec l'étude des ressources à l'entrée dans le droit. Ce dispositif est en effet une création récente (loi du 21 décembre 2006) qui ne vise qu'un contrôle de la « disproportion » entre les ressources déclarées et le train de vie de la personne (art. L 861-2-1 du CSS pour la complémentaire-CMU).

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE TRAIN DE VIE

Circulaire ministérielle
DSS/2A/2008/181
du 6 juin 2008
relative aux modalités
d'application de la
procédure d'évaluation
des ressources selon
les éléments de train
de vie pour le bénéfice
de certaines prestations
sociales

Lettre ministérielle
DSS/2A du 8 avril
2008 relative aux
modalités d'application
des dispositions
du décret n° 2008-88
du 28 janvier 2008
intéressant la
complémentaire-CMU
et l'ACS



DÉLAI D'OBTENTION : LA PROCÉDURE D'ADMISSION IMMÉDIATE « SI LA SITUATION L'EXIGE »

- **Pour les personnes démunies, seule l'admission à la complémentaire-CMU (ou à l'AME) garantit la dispense totale d'avance des frais, et donc l'accès aux soins.** La seule affiliation à la « base » ne le permet pas. Or le délai d'obtention de la complémentaire-CMU en procédure normale peut durer jusqu'à 3 mois (*voir infra*).
- **L'admission immédiate à la complémentaire-CMU pour le demandeur « dont la situation l'exige » est un droit prévu par le Code de la Sécurité sociale** (art. L 861-5 4° du CSS). Elle est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). L'obtention de la complémentaire-CMU préalable aux soins est donc toujours possible et préférable aux « soins gratuits », souvent incomplets et générateurs de factures a posteriori. Le dossier doit être complet (*voir infra*), avec une lettre du professionnel (médecin, travailleur social) pour appuyer la demande : « *L'état de santé de Mme/M. justifie une demande d'admission immédiate pour une consultation/un traitement spécialisé incompatible avec le délai d'une procédure de décision normale* » et faire référence à la loi (art. L 861-5 4° du CSS).
- **L'admission immédiate requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel,** lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux services d'instruction se défaussent en effet de cette procédure en adressant les demandeurs vers les dispositifs PASS (*voir Pass, p. 96*), voire les urgences de l'hôpital public. Le demandeur doit être prévenu de ces difficultés afin de solliciter l'intervention ultérieure du professionnel. Celui-ci doit alors téléphoner au centre de Sécurité sociale (CSS) (plate-forme téléphonique puis, si possible, standard du centre ou responsable du service ou correspondant spécifiquement identifié) pour identifier la nature du blocage, informer de la demande et du droit à l'admission immédiate. En cas de refus persistant, contacter le chef du centre de Sécurité sociale, et au besoin la hiérarchie de la caisse (CPAM/CGSS), notamment lorsque la décision d'admission incombe à un service centralisé.



Admission immédiate : une circulaire ministérielle de référence

Circulaire ministérielle DSS/2A/99/701
du 17 décembre 1999, § IV

« Il est essentiel que l'admission immédiate à la protection complémentaire en matière de santé soit prononcée lorsque sa nécessité est signalée par les services sociaux, associations ou organismes agréés [...] qui ont transmis la demande. Dans ce cas, les caisses doivent prendre toute disposition pour que cette notification de droit à la complémentaire soit délivrée dans la journée à l'intéressé. »

• Les interlocuteurs des CPAM/CGSS méconnaissent souvent le droit à l'admission immédiate à la complémentaire-CMU.

Il faut rappeler les éléments suivants :

- pour la complémentaire-CMU : selon la loi, « lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire de santé est attribué, au premier jour du mois de dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions [...] » (art. L 861-5 4^e alinéa du CSS);
- pour les personnes n'ayant jamais ouvert de droit à un système français d'assurance maladie, la demande « d'admission immédiate à la complémentaire-CMU » suppose le traitement simultané par la caisse de l'immatriculation, l'affiliation à la base et l'examen du droit à la complémentaire. Rappel : pour la couverture de base, le principe est supposé être « l'affiliation sans délai » (voir p. 148) et le « bénéfice immédiat des prestations en nature » (loi CMU, art. L 161-2-1 du CSS);
- l'admission immédiate n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à éviter l'hospitalisation en urgence, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

Guide des procédures CMU-C (Fonds CMU) version juin 2006

« En cas d'urgence médico-sociale, le droit au bénéfice de la CMU-C est ouvert au 1^{er} jour du mois de la demande. Cette situation s'apprécie par divers moyens : dépenses de soins déjà engagées ou à venir à court terme, attestation de l'urgence par un travailleur social ou un professionnel de santé, famille avec jeunes enfants. Lorsque la demande de CMU-C est en cours mais que la personne a un accident, la règle est d'ouvrir le droit au 1^{er} jour du mois en cours » (§ D-2.3.3 Rétroactivité des droits, p. 35).



DÉLAI D'OBTENTION EN CAS DE PROCÉDURE NORMALE

• **L'admission normale à la complémentaire-CMU peut prendre 3 mois.** Un délai maximal d'instruction s'impose à la caisse (art. L 861-5, 3^e al. du CSS). Ce délai est de 2 mois (art. R 861-16 du CSS). Cependant, la protection ne commence ni à la date de la demande, ni à la date de décision de l'administration, mais au premier jour du mois qui suit la date de décision d'accord (art. L 861-6 du CSS), après instruction du dossier. Le délai cumulé d'obtention est donc au maximum de 3 mois. En cas de non réponse de la caisse pendant 2 mois, le demandeur bénéficie d'une décision implicite d'accord pour sa protection complémentaire (art. L 861-5, 3^e al. du CSS), accord sans portée pratique, puisque, étant implicite, la décision n'est attestée par aucun document. De plus, l'absence de récépissé de dépôt de la demande interdit le plus souvent le bénéfice des décisions implicites d'accord. Il convient donc d'exiger la délivrance d'un reçu de dépôt de la demande conformément à l'article 19 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec l'administration. Ceci est confirmé par la circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, § B. II.

DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

• **La couverture de base, si elle était inexistante,** est dans tous les cas instruite simultanément par la caisse, afin de couvrir la même période que la protection complémentaire (si nécessaire, prévoir les justificatifs pour l'immatriculation et pour l'affiliation à la base).

• **Admission normale : aucune rétroactivité et pas de couverture pendant la période d'instruction.** Le droit étant ouvert « au premier jour du mois qui suit la date de la décision » (art. L 861-6 du CSS), il n'y a donc pas de rétroactivité de la prise en charge. Les frais engagés pendant la période d'instruction ne seront donc pas couverts par la complémentaire-CMU et le ticket modérateur restera dû.

• **L'admission immédiate : rétroactivité partielle avant la date de demande.** Les droits sont ouverts au premier jour du mois de dépôt de la demande (art. L 861-5, 4^e al.), ce qui se traduit par une rétroactivité de 1 mois au maximum, et la couverture des soins engagés pendant la durée de l'instruction.



• **Rétroactivité avant la date de demande pour les séjours à l'hôpital et facture.** Par dérogation, il y a rétroactivité pour les « séjours en établissement de santé », ce qui exclut au moins les soins en ville.

Rétroactivité

Circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17 décembre 1999, § B. IV, p. 5

« La décision d'attribution du droit à la date du dépôt de la demande et la date d'effet :

*[...] Le demandeur séjournant dans un établissement de santé peut ne pas avoir été en mesure de déposer sa demande le jour de son entrée dans l'établissement. Il conviendra dans ce cas que l'établissement de santé établisse le formulaire de demande pour le compte de l'intéressé et le transmette dans les plus brefs délais, **la date d'entrée dans l'établissement de santé étant alors assimilée à la date de dépôt de la demande.** »*

La durée maximale de cette rétroactivité n'est fixée par aucun texte légal ou réglementaire. La CNAMTS et le Fonds CMU ont fixé ce seuil à 2 mois au maximum (lettre-réseau CNAMTS, LR-DDO du 14.11.2008, p. 11; Fonds CMU, *Guide des procédures CMU-C*, juin 2006, p. 35). À réception d'une facture, pour faire jouer la rétroactivité, la demande peut être initiée par l'établissement de santé lui-même et, à défaut, par le demandeur, qui devra fournir à la caisse son « bulletin d'hospitalisation » (attestation de présence à l'hôpital). Il est prudent d'orienter la personne vers le service social du service hospitalier qui a prodigué les soins pour qu'il saisisse la caisse. Le droit à la CMU-C est ouvert à la date d'entrée dans l'établissement sous réserve du délai maximal de rétroactivité de 2 mois.

DURÉE DE LA PROTECTION : 1 AN INCOMPRESSIBLE

• **La loi prévoit que le droit à la complémentaire est ouvert par période de 1 an** (5^e alinéa de l'article L 861-5 du CSS). La notification doit donc impérativement ouvrir des droits pour une période incompressible de 1 an, même si le titre de séjour présenté dans le dossier est de courte durée.



• **De nombreuses caisses méconnaissent pourtant ce**

principe. Il faut alors rappeler la lettre de la loi et deux textes du ministère de la Santé (toujours en vigueur) :

- selon la circulaire ministérielle DSS/2A/99/701 du 17.12.1999 §B IV « *le droit à la protection complémentaire est attribué pour une période de 1 an à compter de la date de la décision, même si l'intéressé dispose au moment de sa demande d'un titre ou document attestant de la régularité de son séjour en France d'une durée inférieure à 1 an* » ;

- selon la circulaire ministérielle DSS/2A 2000/239 du 3 mai 2000 §C. I-B 3 « *le droit à la protection complémentaire en matière de santé a été attribué pour une période de 1 an et ne peut être remis en cause pendant cette période.*

En conséquence, même si l'intéressé ne remplit plus la condition de résidence au cours de cette période, le droit à la protection complémentaire ne peut prendre fin qu'à l'expiration de la période de 1 an de droit ».

• **Il n'y a pas de maintien des droits au-delà de la période**

de 1 an. Le bénéficiaire qui remplit encore les conditions peut bénéficier du renouvellement à condition d'en faire la demande (au moins 2 mois avant l'expiration du droit - art. R 861-18 du CSS). Si le demandeur laisse expirer sa complémentaire-CMU plus de 1 mois après la date de fin, la caisse considère qu'il ne s'agit plus d'un renouvellement mais d'une nouvelle demande (idem AME ; voir CNAMTS, lettre-réseau AME, 30.1.2008, LR-DDO-22/2008 point 3.). Dans ce cas la nouvelle période de CMU-C commencera à la date de réponse de la nouvelle demande, laissant une période sans couverture complémentaire.

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION ET CARTE SESAM-VITALE

• **Les frais couverts par la complémentaire-CMU** sont définis par la loi (art. L 861-3 du CSS) :

- **le ticket modérateur** (exonération totale) sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments, les frais d'hospitalisation ;

- **le forfait journalier** (en cas d'hospitalisation) sans limitation de durée (en cas d'hospitalisation) ;

- au-delà des montants remboursables par l'assurance maladie et dans la limite de tarifs fixés par arrêtés, **les prothèses dentaires** et **l'orthopédie dento-faciale**, **les lunettes** (verres et monture), les prothèses auditives, et les autres produits et appareils médicaux (pansements, cannes, fauteuils roulants...).



• **En pratique :**

- **chez un auxiliaire médical** (infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), il n'y a rien à payer sous réserve d'une prescription par un médecin ;
- **chez le dentiste**, il n'y a rien à payer pour les soins conservateurs (caries, détartrage, examen de contrôle), ni pour les prothèses dentaires **dans la limite des tarifs de la complémentaire-CMU**. L'entente préalable n'est nécessaire que pour l'orthopédie dento-faciale ;
- **pour l'optique**, le bénéficiaire a droit à un équipement de lunettes (deux verres et une monture de lunettes) gratuit par an, c'est-à-dire dans la période de 12 mois à compter de l'attribution de la CMU-C. Le bénéficiaire ne paie rien pour les verres dans la limite des tarifs de la CMU-C (54,58 € pour une correction simple et 137,20 € pour une correction complexe [2012]), sauf en cas de demande particulière (verres antireflets/verres incassables, lentilles). Il ne paie rien pour la monture de lunettes dans la limite du tarif fixé à 22,87 € [2012]. L'opticien est tenu de proposer une monture et des verres dans cette gamme de prix. Il doit préalablement établir un devis d'après la prescription médicale, lequel doit être adressé au CSS. Celui-ci (ou l'organisme gestionnaire) notifiera sa décision de prise en charge.
- **les professionnels de santé en secteur 2**, notamment les médecins et dentistes à honoraires libres (secteur 2) et ceux qui bénéficient du droit à dépassement permanent (DP), sont tenus d'appliquer les tarifs conventionnels en vigueur (secteur 1) et de ne pas facturer de dépassements d'honoraires aux bénéficiaires de la complémentaire-CMU, sauf en cas d'exigence particulière (rendez-vous en dehors des heures habituelles, visite non justifiée). Ils sont également tenus de pratiquer le « tiers payant » intégral (*voir infra*). Les anomalies ou les refus soins de doivent être signalés au siège de la CPAM/CGSS.

• **La « dispense complète d'avance des frais » ou « tiers payant intégral »** est un droit pour tous les bénéficiaires (art. L 861-3 du CSS). Ils n'ont donc pas à déboursier d'argent chez les professionnels de santé, qui se font régler directement leurs honoraires par la caisse.

• **Le « parcours de soins coordonnés »** (*voir Lexique, p. 122*) **s'applique aux bénéficiaires de la CMU-C**. Le bénéficiaire qui n'aurait pas déclaré de médecin traitant, ou consulterait un médecin spécialiste sans être orienté par son médecin traitant, pourrait se voir appliquer une majoration du ticket modérateur.



• **La contribution forfaitaire de 1 euro n'est pas demandée aux bénéficiaires de la CMU-C.**

• **Carte Vitale :** les informations sur les droits à la complémentaire-CMU y sont intégrées (mais pas l'Aide médicale État, sauf quand celle-ci est attribuée en complément de l'assurance maladie).

AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

• **L'ACS est une aide financière pour l'acquisition d'une couverture complémentaire** destinée aux personnes exclues de la complémentaire-CMU du fait que leurs revenus dépassent le plafond de ressources. Il s'agit en pratique d'une réduction de la cotisation annuelle auprès d'un organisme de protection complémentaire (mutuelle, organisme de prévoyance ou assureur). L'organisme en question bénéficie, en contrepartie, d'un crédit d'impôt d'un montant équivalant à la réduction accordée. L'ACS est définie par les articles L 863-1 à L 863-6 du CSS.

• **Les conditions de résidence en France sont identiques à celles imposées pour la complémentaire-CMU**, notamment l'obligation de séjour régulier qui exclut les étrangers en séjour irrégulier en situation de maintien de droit à l'assurance maladie.

• **Condition de ressources :** les ressources annuelles du foyer doivent être comprises entre le plafond applicable en CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %.

Plafond de ressources pour l'attribution de l'ACS au 30.1.2013
Actualisation des montants sur le site www.ameli.fr

Nb de personnes composant le foyer	Plafond annuel de ressources	
	France métropolitaine	Départements d'outre-mer*
1 personne	10 711 €	11 922 €
2 personnes	16 067 €	17 883 €
3 personnes	19 281 €	21 459 €
4 personnes	22 494 €	25 036 €
au-delà de 4 personnes, par personne supplémentaire	+ 4 284,576 €	+ 4 768,735 €

* Sauf Mayotte (et collectivités d'outre-mer) où ni la CMU-C ni l'ACS ne sont applicables.



• **Le montant de l'aide pour une complémentaire santé** varie selon l'âge du bénéficiaire apprécié au 1^{er} janvier de l'année en cours et est accordé par individu. Il faut présenter l'attestation d'accord à une mutuelle, une société d'assurances, ou une institution de prévoyance, pour bénéficier de la réduction sur le contrat santé individuel envisagé ou déjà souscrit. Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Montants de l'aide pour une complémentaire santé au 20.1.2013

Actualisation des montants sur le site www.ameli.fr

Âge du bénéficiaire au 1 ^{er} janvier	Montant de l'aide
moins de 16 ans	100 €
de 16 à 49 ans	200 €
de 50 à 59 ans	350 €
60 ans et plus	500 €

• **La demande se fait auprès de la CPAM/CGSS** dans les mêmes conditions que pour la complémentaire-CMU, soit avec le formulaire CMU-C et ACS (S3712, recommandé), soit avec le formulaire ACS seule (S3715), accessibles en ligne sur le site Internet de l'assurance maladie (www.ameli.fr).

DROITS CONNEXES À LA CMU-C

• **La réduction dans les transports.** Les personnes et leurs ayants droit bénéficiaires de la complémentaire-CMU (ou de l'AME) ou sous le plafond de ressources commun à ces deux prestations bénéficient du droit à une réduction du prix des transports dans les grandes agglomérations.

• **Les tarifs réduits d'électricité et de gaz.** Les assurés et leurs ayants droit bénéficiaires de la complémentaire-CMU (et non pas les bénéficiaires de l'AME, même limitée à la part complémentaire) ont droit au tarif de première nécessité (TPN; électricité) et du tarif spécial de solidarité (TSS; gaz naturel). Il n'y a pas de démarche supplémentaire à accomplir, les coordonnées du bénéficiaire étant communiquées directement par la caisse au fournisseur d'électricité ou de gaz naturel.

Se renseigner auprès des guichets du réseau de transport local :

- Île-de-France : carte Solidarité transport (75 % de réduction sur le prix des abonnements et 50 % sur les tickets);
- Lyon : Pass Partout S, <http://www.tcl.fr/Tarifs-et-abonnements/S-abonner>
- Marseille : tarifs sociaux, <http://www.rtm.fr/guide-voyageur/acheter/tarifs-sociaux#166>

Pour plus de renseignements

sur ces tarifs il est possible de contacter le 0800 333 123 (appel gratuit) pour le TPN de l'électricité, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h et le 0800 333 124 (appel gratuit) pour le TSS relatif à la fourniture de gaz naturel, du lundi au vendredi de 9 h à 18 h.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Rapports d'activité et d'observation,
www.comede.org

Observatoire du droit à la santé des étrangers,
Rapports d'observation,
www.odse.eu.org

AIDE MÉDICALE ÉTAT

L'Aide médicale État (AME) est la forme résiduelle du dispositif de l'aide sociale en matière de protection maladie. Réformée par la loi CMU de 1999, elle n'est plus destinée qu'aux étrangers (démunis) exclus de la Sécurité sociale parce qu'ils ne remplissent pas la condition de « résidence régulière ». L'AME « de droit commun » constitue la protection maladie des étrangers sans titre de séjour et démunis financièrement. L'AME « sur décision du ministre » est traitée [p. 100](#) dans la partie « Condition de résidence ». Le Fonds de financement pour les « soins urgents et vitaux » (FSUV) qui est un système de repêchage pour les non-bénéficiaires de l'AME, est traité [p. 176](#). Le bénéfice de l'AME donne droit à des réductions tarifaires dans les transports en commun.



Voir aussi Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 124

Réforme de la loi et ticket modérateur

La loi de finances rectificative de 2002 a introduit une réforme majeure de l'AME en laissant un ticket modérateur ainsi qu'un forfait journalier hospitalier à la charge du bénéficiaire. Toutefois, en mars 2013, ces dispositions n'étaient pas appliquées en raison de la non-parution du décret d'application.

PRINCIPES GÉNÉRAUX D'OBTENTION DE L'AIDE MÉDICALE ÉTAT (AME) DE DROIT COMMUN

• **L'AME est réservée aux étrangers démunis financièrement, en séjour irrégulier, « résidant » en France depuis plus de trois mois** et qui sont exclus de l'assurance maladie, en raison précisément d'un séjour non régulier. **Attention :** la frontière entre séjour régulier et irrégulier est précisée par la réglementation sur l'assurance maladie ([voir infra et Condition de régularité, p. 191](#)). Les étrangers disposant d'un titre de séjour précaire et/ou de courte durée relèvent de l'assurance maladie et pas de l'AME (pour les demandeurs d'asile, [voir p. 202](#)).

Article L 251-1 CASF

Rédaction issue de la loi de finances rectificative du 16 août 2012

Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'article L 380-1 du Code

de la Sécurité sociale [affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence dite « CMU de base »] et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L 861-1 de ce code [plafonds CMU-C], a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens de l'article L 161-14 et des 1° à 3° de l'article L 313-3 de ce code, à l'Aide médicale État.

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'Action sociale, bénéficier de l'Aide médicale État dans les conditions prévues par l'article L 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'Aide médicale État, dans des conditions définies par décret.

• **Les ressortissants français** ne relèvent jamais de l'AME de droit commun (sauf en garde à vue), mais peuvent bénéficier de l'AME sur décision du ministre (*voir p. 176*).

• **L'AME est une prestation sous condition de ressources.**

Les étrangers dépassant le plafond de revenu annuel (*voir p. 176*) et en séjour irrégulier sont donc exclus de toute protection maladie en France (sauf pendant une éventuelle période de maintien des droits à l'assurance maladie). En cas de soins urgents et vitaux délivrés à ces personnes, les établissements de santé peuvent demander le bénéfice du FSUV (*voir p. 100*).

• **L'AME est une prestation d'aide sociale**, définie aux articles L 251-1 et suivants du CASF (Code de l'action sociale et des familles). L'aide sociale n'intervient qu'à titre subsidiaire, c'est-à-dire après que l'intéressé a fait valoir ses droits aux assurances sociales (assurance maladie) et à la solidarité familiale (obligation alimentaire).

• **L'AME n'est pas une prestation de Sécurité sociale.** Ainsi, les bénéficiaires ne sont pas considérés comme assurés sociaux, ce qui entraîne les conséquences suivantes :
- la procédure d'immatriculation est spécifique et ne donne pas lieu à l'édition d'un numéro de Sécurité sociale définitif (*voir Justification de l'état civil et immatriculation, infra, p. 170*);



- les règles de droit applicables sont celles du Code de l'action sociale et des familles et non pas celles du Code de la Sécurité sociale, et le contentieux est un contentieux administratif spécialisé (*voir infra, p. 169*);
- le bénéficiaire de l'AME n'a pas de carte SESAM-Vitale (*voir p. 186*);
- les soins pris en charge ne sont pas identiques à ceux d'un assuré social (*voir p. 169*).

• **L'AME n'est pas un droit acquis.** Le principe de subsidiarité implique théoriquement que l'administration puisse réviser des décisions antérieurement prises, en vue d'une « récupération » des sommes avancées par la collectivité, en cas de retour de l'intéressé à meilleure fortune, ou sur sa succession, ou encore sur ses obligés alimentaires (conjoint, ascendants et descendants directs...).

• **Le principe « déclaratif » a été supprimé** par le décret n° 2005-859 du 28 juill. 2005 qui a modifié le décret du 2 septembre 1954. Mais la liste des pièces à fournir, détaillée à l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juill. 2005, doit permettre de résoudre les situations délicates où les personnes précaires n'ont que peu de justificatifs écrits.

• **Domiciliation :** les personnes sans domicile fixe (SDF) doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé (*voir conditions, p. 129*), les étrangers en séjour irrégulier y accédant dans des conditions restreintes.

• **Où demander ?** La caisse primaire d'assurance maladie (en France métropolitaine) ou la caisse générale de Sécurité sociale (dans les DOM sauf Mayotte) est chargée de l'instruction des demandes, par délégation du préfet. **En principe, la demande doit être faite au centre de Sécurité sociale de quartier (CSS),** selon l'adresse de son hébergement ou de sa domiciliation.

ATTENTION

Certaines CPAM/CGSS ne respectent pas ce principe et refusent de recevoir les demandes d'AME dans les centres de Sécurité sociale de quartier (CSS). Les étrangers sans papiers sont renvoyés soit vers des guichets spécifiques de la caisse, soit encore vers le centre communal d'action sociale (CCAS) de la mairie. Il faut se renseigner département par département auprès de la caisse (par exemple, via la plate-forme téléphonique de la caisse au 36 46, ou n° en 0800).

La loi de finances rectificative du 16 août 2012 (modification de l'article L252-1 CASF) a rétabli la possibilité de dépôt des demandes dans les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les services sanitaires et sociaux du département ou les associations ou organismes à but non lucratif agréés (possibilité supprimée un temps par la loi du 16 juin 2011 sur l'immigration). L'organisme doit transmettre le dossier dans un délai de huit jours à la caisse.



• **Les recours doivent être portés devant la commission départementale d'aide sociale** (à la DDCS, ex-Ddass) et non devant la commission de recours amiable de la caisse ni devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale. L'instance d'appel est la Commission centrale d'aide sociale (8, avenue de Ségur 75350 PARIS 07 RP, 01 53 86 14 01) et la juridiction de cassation est le Conseil d'État (1, place du Palais-Royal 75100 PARIS 01 SP, 01 40 20 80 00).

Tableau récapitulatif des textes applicables en matière d'AME

- **Code de l'action sociale et des familles (CASF)** modifié par : loi de finances rectificative 2002 du 30.12.2002; loi de finances rectificative 2003 du 30.12.2003; loi de finances pour 2011 du 29.12.2010; loi l'immigration du 16.6.2011; loi de finances rectificative 2012 du 16 août 2012 :
 - articles L 251-1 et suivants (définition de l'AME et conditions générales d'accès);
 - articles L 111-1 et L111-2 (condition de résidence en France)
- **Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954** modifié par le décret n° 2005-859 du 28 juill. 2005 (procédures et conditions d'accès à l'aide sociale) : titre IV, article 40 et suivants
- **Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005** relatif aux modalités d'admission des demandes d'Aide médicale État
- **Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011** relatif à la prise en charge des frais de santé par l'Aide médicale État ainsi qu'au droit au service des prestations (réduction du panier de soins)
- **Arrêté du 10 juillet 2009** relatif au titre d'admission au bénéfice de l'Aide médicale État
- **Circulaire ministérielle n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 27 septembre 2005 relative à l'Aide médicale État**
- **Circulaire ministérielle du 8 septembre 2011 n° DSS/2A/2011/351** relative à des points particuliers de la réglementation de l'Aide médicale État, notamment de la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs)
- **Convention État-Cnamts soins urgents du 21 juin 2011**
- **Avis du Conseil d'État du 8 janvier 1981** (Définition de la résidence habituelle en France)
- **Texte obsolète suite à la loi de finances rectificative de juillet 2012** : circulaire ministérielle du 16 février 2011 n° DSS/2A/2011/64/2005/407 relative à la mise en œuvre du droit de timbre annuel
- **Texte abrogé** : circulaire ministérielle DAS n° 2000/14 du 10 janvier 2000



JUSTIFICATIF D'IDENTITÉ ET IMMATRICULATION

• Selon l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, au moins une des pièces de la liste suivante doit être fournie :

Le demandeur doit fournir :

Article 4 : [...]

1° Pour la justification de son identité et de celle des personnes à sa charge, l'un des documents énumérés ci-après :

- a) le passeport ;
- b) la carte nationale d'identité ;
- c) une traduction d'un extrait d'acte de naissance effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité ;
- d) une traduction du livret de famille effectuée par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité ;
- e) une copie d'un titre de séjour antérieurement détenu ;
- f) tout autre document de nature à attester l'identité du demandeur et celle des personnes à sa charge.

Cette liste est précisée par la circulaire du 27 septembre 2005.

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

Le décret n° 2005-860 dispose que le demandeur et chacune des personnes à sa charge doivent justifier de leur identité. Lorsqu'ils souhaitent le faire au moyen d'un extrait d'acte de naissance (c) du 1°) ou d'un livret de famille (d) du 1°), la production d'une traduction n'est pas nécessaire lorsqu'il est possible de s'assurer directement, à partir du document rédigé dans la langue étrangère, des noms, prénoms, dates et lieux de naissance prévus par le formulaire de demande. À défaut pour le demandeur d'être en mesure de justifier de son identité et de celle des personnes à sa charge par l'un des documents énumérés aux a) à e) du 1° de l'article 4, il conviendra pour la CPAM, conformément au f) dudit article, de rechercher si tout autre document produit par la personne peut être considéré comme de nature à attester ces identités. Pourra à cette fin être utilisé, par exemple, un document nominatif des ministères des Affaires étrangères,



de l'Intérieur ou de la Justice, un permis de conduire ou une carte d'étudiant. Dans le cas où un demandeur qui prouve sa bonne foi par la cohérence de ses déclarations n'est en mesure de produire aucun de ces documents, une attestation d'une association reconnue ou d'un professionnel de santé pourra être acceptée par la CPAM.

• **L'extrait d'acte de naissance n'est pas un document obligatoire**, bien que de nombreuses caisses le réclament systématiquement dans la liste des pièces à fournir en vue d'une demande d'AME. C'est ce que rappelle la circulaire ministérielle du 8 septembre 2011.

Circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'Aide médicale État, notamment la situation familiale et la composition du foyer (statut des mineurs)

S'agissant de la justification de l'identité du demandeur et de ses éventuels ayants droit, le 1^o de l'article 4 du décret du 28 juill. 2005 précité énumère plusieurs documents pouvant être produits à cette fin, tels que le passeport ou la carte d'identité, ou bien encore, la copie d'extrait d'acte de naissance traduit par un traducteur assermenté auprès des tribunaux français ou par le consul, en France, du pays rédacteur de l'acte ou du pays dont l'intéressé a la nationalité. Cette liste n'étant pas cumulative, le défaut de production d'une copie d'extrait d'acte de naissance n'invalide pas la demande et n'empêche donc pas l'admission à l'AME du demandeur ainsi que des personnes à sa charge dès lors que l'un des autres documents énumérés est produit par le demandeur.*

• **Immatriculation.** Les bénéficiaires de l'AME ne sont pas des assurés sociaux et ne sont donc pas immatriculés au sens de l'assurance maladie. Si le nouveau postulant à l'AME n'a jamais eu précédemment de matricule de Sécurité sociale (*voir Les différents types d'immatriculation, p. 138*), la caisse ne mettra pas en route une demande d'immatriculation selon la procédure nationale Insee/Sandia (*voir p. 137*). La caisse attribuera au demandeur un matricule provisoire à 13 chiffres sur le format d'un numéro identifiant d'attente (NIA, commençant par le chiffre 8 ou 7). En revanche, si la personne a déjà obtenu, par le passé, un matricule de Sécurité sociale définitif (NIR), c'est sous ce numéro qu'elle sera identifiée comme bénéficiaire de l'AME.



CONDITION DE RÉSIDENCE HABITUELLE EN FRANCE, D'ANCIENNETÉ DE PRÉSENCE ET D'IRRÉGULARITÉ DU SÉJOUR

• **La condition de « résidence habituelle » en France** est une notion générale (*voir Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 124*) qui est imposée par l'article L111-1 CASF pour toute prestation d'aide sociale dont l'AME. Le Conseil d'État a été amené à préciser cette notion par un avis de principe en date du 8 janvier 1981 (*voir p. 125*). Cette notion ne fait pas référence à l'ancienneté de la présence en France mais à la nature des liens qui unissent le demandeur à la collectivité. Ne remplissent pas cette condition les étrangers « de passage ». En pratique, les caisses se concentrent essentiellement sur le contrôle de l'ancienneté de présence de 3 mois, notamment au moment du renouvellement, ce qui pose des problèmes spécifiques (*voir infra*).

• **La circulaire ministérielle du 27 septembre 2005 précise les documents utilisés.**

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

Sont ainsi susceptibles d'être notamment utilisés les documents nominatifs suivants, émanant d'une administration ou d'un organisme sanitaire ou social : un document des ministères des Affaires étrangères, de l'Intérieur ou de la Justice, une attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement, un document relatif à une prestation servie par une collectivité locale, un organisme de Sécurité sociale ou une Assedic, un bulletin d'hospitalisation, un titre de recettes ou une facture d'un établissement de santé, une attestation établie par un professionnel de santé ou une association reconnue se portant garant de la fréquentation du demandeur. En revanche, les déclarations sur l'honneur des demandeurs ou de tiers n'agissant pas dans l'un des cadres professionnels précités ne sont pas de nature à satisfaire les exigences posées par le décret.

• **Trois mois d'ancienneté de séjour en France.** L'article L 251-1 CASF impose depuis le 1.1.2004 un stage préalable en France de 3 mois ininterrompus pour le demandeur d'AME. **Attention : aucun texte n'impose un tel délai pour le rattachement d'un membre de famille** (*voir la lettre de l'article L 251-1 CASF, in extenso, p. 166, et le 2° de l'article 4 du décret 2005-860*



du 28.7.2005 reproduit infra). Un étranger en France depuis moins de 3 mois n'est donc pas éligible à l'AME sauf :

- s'il est mineur (*arrêt du Conseil d'État n° 285576 du 7 juin 2006 annulant partiellement le décret n° 2005-859 du 28 juill. 2005*);
- s'il rejoint un membre de famille bénéficiaire de l'AME dont il est à la charge. Ce dernier point est souvent méconnu des caisses.

• **Justificatifs.** Selon l'article 4 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005, au moins une des pièces de la liste suivante doit être fournie.

Décret n° 2005-860 du 28 juill. 2005

Le demandeur doit fournir :

Article 4 : [...]

2° Pour la justification de la présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français du demandeur, le visa ou le tampon comportant la date d'entrée en France figurant sur son passeport ou, à défaut :

- a) *une copie du contrat de location ou d'une quittance de loyer datant de plus de trois mois ou d'une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone datant de plus de trois mois;*
- b) *un avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques, à la taxe foncière ou à la taxe d'habitation;*
- c) *une facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois;*
- d) *une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois, lorsque le demandeur est hébergé à titre gratuit par une personne physique;*
- e) *une attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois;*
- f) *si la personne est sans domicile fixe, une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé en application de l'article L 252-2 du Code de l'action sociale et des familles et datant de plus de trois mois;*
- g) *tout autre document de nature à prouver que cette condition est remplie.*

La Cnamts a édicté une règle selon laquelle le demandeur doit produire au moins un document établissant sa présence en France daté de plus de 3 mois et de moins de 12 mois,



à la date de dépôt du dossier (par exemple : Cnamts, lettre - réseau, LR-DDO-22/2008 du 30.1.2008 annexe 1, p. 1/3).

• **Le renouvellement de l'AME pose parfois des difficultés.**

En effet, l'instauration d'une condition d'ancienneté de présence en France conduit les caisses, à l'occasion du renouvellement du droit, à exiger la justification des trois derniers mois de présence en France, quand bien même l'étranger est résident de longue durée. Cette pratique est contraire à la notion de résidence habituelle en France et constitue un frein important à l'accès à la prestation, les « sans-papiers » ayant des difficultés spécifiques pour fournir de tels justificatifs. Dans ce cas, on peut notamment rappeler les indications de la circulaire du 27 septembre 2005 qui précise que :

- (point 2.3) : « Une personne qui prouve sa résidence en France par un document datant de plus de trois mois à la date de la décision est considérée comme remplissant la condition. En conséquence, il n'y a pas lieu d'exiger un justificatif pour chaque mois de résidence en France » ;

- (point 2.5) : « la justification des conditions d'admission en cas de demande de renouvellement du droit : la demande de renouvellement elle-même constitue un document de nature à présumer, au sens du g) du 2° de l'article 4 du décret n° 2005-860, que la condition de résidence ininterrompue pendant trois mois est remplie ».

• **Une « condition » de résidence irrégulière (voir aussi Assurance maladie, p. 136).** L'AME est la seule prestation de droit français spécifiquement limitée aux étrangers en séjour irrégulier (voir *Les autres droits sociaux des sans-papiers, guide 2008*). Le Code de l'action sociale et des familles (CASF) indique que l'AME de droit commun est attribuée aux étrangers qui ne remplissent pas la condition de titre de séjour imposée pour accéder à l'assurance maladie par la « CMU de base » (voir *art. L 251-1 CASF, in extenso, p. 166*). C'est donc une définition a contrario qui concerne en pratique les étrangers sans titre de séjour en cours de validité et sans relation avec l'autorité préfectorale. La « preuve du séjour irrégulier » peut paradoxalement poser des difficultés, les caisses demandant, sans base textuelle, soit la copie des décisions de refus de séjour de la préfecture soit, parfois, la décision de l'Ofpra ou de la CNDA refusant le statut de réfugié (dans ces deux derniers cas, il faut informer l'utilisateur que les règles de confidentialité l'autorisent à ne pas fournir/masquer les pages/passages mentionnant les éléments biographiques du récit d'asile). Une déclaration sur l'honneur, y compris sur un modèle vierge



fournit par la caisse, permet d'attester qu'il n'y a pas de démarche préfectorale en cours.

• **Lorsque la condition d'ancienneté de présence en France n'est pas remplie**, le Fonds pour les « soins urgents et vitaux » (voir p. 138) permet, sous certaines conditions (notamment visa expiré, gravité de l'état de santé), la prise en charge ponctuelle de frais hospitaliers d'étrangers nouvellement arrivés en France et ayant vocation à y vivre durablement.

• **Lorsque la condition de résidence habituelle en France n'est pas remplie**, l'Aide médicale État sur décision du ministre, parfois appelée « aide médicale humanitaire », permet aux pouvoirs publics de prendre en charge, au titre de l'AME, les frais de santé d'une personne (étrangère ou française) **présente** sur le territoire français **sans y résider** (2^e alinéa de l'article L 251-1 CASF). Cette disposition concerne notamment les personnes venues se faire soigner en France. Le pouvoir de décision de l'administration est discrétionnaire, puisque le code précise qu'il s'agit d'une « possibilité », si « l'état de santé [du requérant] le justifie ».

La demande argumentée d'Aide médicale État sur décision du ministre doit être adressée :

- Pour un étranger déjà présent en France, à :
Mme/M. le Directeur départemental de la Cohésion sociale [DDCS, ex-Ddass] du département de résidence
- Pour un étranger hors de France, à :
Mme/M. la/le ministre des Affaires Sociales et de la Santé [dénomination pouvant changer selon les gouvernements]
Direction générale de la Cohésion sociale
Sous-direction de l'Inclusion sociale, de l'Insertion et de la Lutte contre la pauvreté
Bureau des minima sociaux
Adresse postale : 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP
Bureaux : 11, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon, Paris 14^e

En cas de rejet écrit (rare) ou implicite (2 mois sans réponse de l'administration), le requérant a toutefois la possibilité de former un recours contentieux devant le tribunal administratif de Paris, seul compétent selon la jurisprudence du Conseil d'État.



CONDITION DE RESSOURCES

• **L'accès à l'AME est gratuit.** Le droit annuel de 30 € par adulte, créé par la loi de finances du 29.12.2010 a été supprimé à compter du 4.7.2012, par la loi de finances rectificative du 16.8.2012.

• **L'AME est une prestation sous condition de ressources,** c'est-à-dire réservée aux personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à un plafond. Ce plafond est aligné sur celui qui est applicable en matière de complémentaire-CMU. L'effet de seuil est intégral, l'euro supplémentaire interdisant le droit à la prestation. Les étrangers en séjour irrégulier qui dépassent le plafond ne disposent pas de dispositif équivalent à l'ACS, mais sont éligibles au FSUV (*voir infra*). Le plafond varie selon la composition du foyer (nombre et revenus des personnes qui seront également couvertes).

Plafond de ressources mensuel en AME (idem complémentaire-CMU), selon la taille du foyer au 20.1.2013
Pensez à vérifier les montants à jour, en consultant en ligne l'article D861-1 CSS sur Legifrance ou le site www.ameli.fr

Plafonds	1 personne	2 personnes	3 personnes	4 personnes	Par personne supplém ¹
Métrop.	7 934	11 902	14 282	16 662	+ 3 173,76
DOM*	8 831	13 246	15 896	18 545	+ 3 532,396

* Ni la CMU-C, ni l'AME ne sont applicables dans le département de Mayotte (ni dans les collectivités d'outre-mer).

• **Composition du foyer, membres de famille, personnes à charge et ayants droit.** La réglementation AME n'utilise pas le terme d'« ayant droit » propre à l'assurance maladie, mais celui de « personnes à charge » dont la liste renvoie à une partie seulement des ayants droit d'un assuré (*voir infra*).

La réglementation différencie trois groupes de personnes qui, dans certains cas complexes, ne se recouvrent pas :

- membres de famille pris en compte pour déterminer le plafond de ressources applicable au demandeur, en fonction de la composition de son foyer (foyer « CMU-C »);
- membres de famille dont les ressources sont ajoutées aux ressources du demandeur (foyer « ayants-droit » au sens de l'assurance maladie);
- membres du foyer couverts, au final, par l'AME du demandeur



(foyer « ayants droit », diminué des membres de famille déjà assurés sociaux par ailleurs).

Dans les cas simples (tous les membres majeurs de la famille sont en séjour irrégulier), les trois foyers se superposent.

La distinction est importante lorsque le demandeur en séjour irrégulier, avec des ressources dépassant le plafond, porte la charge d'un conjoint en séjour régulier et/ou des enfants, assurés sociaux sans ressources.

• **La détermination du plafond de ressources applicable au demandeur est fonction de la composition de son foyer au sens « foyer CMU-C ».**

Ces règles n'excluent pas de prendre en compte des membres de famille en séjour régulier. En application du dernier alinéa de l'article 40 du décret du 2.9.1954 modifié : « *Le plafond de ressources [applicable en matière d'AME] est déterminé selon les conditions définies aux articles R 861-3 [détermination du plafond de ressources selon la composition du foyer CMU-C] et R 861-8 [types de ressources prises en compte en CMU-C] de ce code [Code de la Sécurité sociale].* » Il s'agit donc des règles de composition du foyer applicables en matière de complémentaire-CMU (et non pas au sens des ayants droit de l'assurance maladie). Or le foyer CMU-C est fixé par le 1^{er} alinéa de l'article R 861-2 qui précise : « *Le foyer mentionné à l'article L 861-1 [CMU-C] se compose de l'auteur de la demande de protection complémentaire en matière de santé, ainsi que, le cas échéant, de son conjoint ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité lorsqu'ils sont soumis à une imposition commune, de son concubin, des personnes suivantes, considérées comme étant à charge, si elles sont à la charge réelle et continue du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité : 1^o les enfants et les autres personnes, âgés de moins de 25 ans à la date du dépôt de la demande, rattachés au foyer fiscal du demandeur, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité.* »

Ainsi, aucune disposition légale ou réglementaire ne prévoit d'exclure, pour calculer le plafond AME, les membres du foyer, conjoint ou enfant à charge, en séjour régulier, bénéficiaires du régime de base de l'assurance maladie ou de la CMU-C.

• **Personnes dont les ressources sont prises en compte (le foyer « ayants droit » au sens de l'assurance maladie) :**

« *Les ressources prises en compte pour l'admission à l'Aide médicale État [...] sont constituées par les ressources, telles que définies au deuxième alinéa du présent article, du demandeur ainsi que des personnes à sa charge au sens des articles L 161-14*



et L 313-3 du Code de la Sécurité sociale. [...] » (1^{er} alinéa de l'article 40 du décret du 2.9.1954 modifié; voir également la circulaire du 27 septembre 2005). Par référence aux articles L 161-14 et L 313-3 CSS, la liste des membres du foyer AME est identique à la liste des ayants droit en assurance maladie (voir p. 156), à l'exception de l'ascendant, descendant, collatéral jusqu'au 3^e degré ou allié au même degré, lesquels ont été exclus par la loi de finances pour 2011 (modification de l'article L 251-1 CASF).

• **Personnes dont les ressources ne doivent pas être prises en compte :**

- les ressources des membres de famille non à charge ne doivent jamais être prises en compte (lecture a contrario du 1^{er} alinéa de l'article 40 du décret de 1954 modifié);
- les ressources du conjoint (assuré social, donc en séjour régulier) d'un sans-papiers ne sont pas incluses, article 4c de la convention État-Cnam (de délégation de gestion de l'AME) du 17 octobre 2000 et circulaire du 27 septembre 2005 (point 2.4);
- **en aucun cas, les ressources de l'hébergeant ne peuvent être demandées**, sauf si celui-ci est par ailleurs à charge du demandeur (enfant du demandeur, conjoint du demandeur, essentiellement);
- **les obligés alimentaires n'ont pas à fournir le montant de leurs ressources** (L 253-1 CASF) mais doivent être signalés lors de la demande (L 253-1 CASF et art. 43 du décret du 2.9.1954 modifié): conjoint marié ne vivant pas au foyer; partenaire pacsé; ascendants et descendants (non à charge) en ligne directe sans limitation de degré, vivant ou non avec le demandeur; gendres et belles-filles, limité au 1^{er} degré d'alliance entre alliés; beau-père et belle-mère, limité au 1^{er} degré d'alliance entre alliés.

• **Nature des ressources prises en compte.** « Les ressources prises en compte comprennent l'ensemble des ressources de toute nature, nettes de prélèvements sociaux obligatoires, de contribution sociale généralisée et de contributions pour le remboursement de la dette sociale, perçues au cours de la période des douze mois civils précédant le dépôt de la demande. [...] » (art. 40 du décret du 2.9.1954 modifié).

• **Les avantages en nature.** Seul est pris en compte, dans le calcul des ressources, le fait d'être hébergé gratuitement. Cette évaluation est faite dans les mêmes conditions qu'en matière de complémentaire-CMU (voir p. 156). Le fait de cocher la case concernant l'hébergement gratuit dans le formulaire Cerfa revient à augmenter le total des ressources déclarées



(pécuniaires ou aides) dans la zone concernée du formulaire.

• **La période d'appréciation des ressources** : les 12 mois précédant la demande (art. 40 du décret du 2 septembre 1954 modifié). La disposition prévoyant la possibilité de tenir compte des seuls trois derniers mois en cas de modification dans la situation financière du demandeur a été supprimée par décret en juillet 2005, la circulaire du 27 septembre 2005 se contentant de préciser qu' « *une attention particulière sera accordée aux ressources perçues au cours des trois derniers mois* ».

• **Justificatifs à fournir**

Décret n° 2005-860 du 28 juill. 2005

Le demandeur doit fournir :

Article 4 : [...]

3° Pour la justification de ses ressources sur le territoire français du demandeur, et, le cas échéant, de celles des personnes à charge, y compris les ressources venant d'un pays étranger, un document retraçant les moyens d'existence du demandeur et leur estimation chiffrée.

La circulaire du 27 septembre 2005 n'apporte pas de précision supplémentaire.

• **Ressources exclues.** Il s'agit de certaines prestations sociales définies à l'article R 861-10 CSS (*voir p. 156*).

• **Livret A, épargne et revenus du capital.** Les revenus du capital (y compris ceux exonérés d'impôt comme les intérêts du livret A) sont inclus dans le calcul des ressources. Seule la valeur en capital des biens non productifs de revenu n'est pas prise en compte en matière d'AME (L 132-6 CASF).

• **Les charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires sont déduites.**

• **Contrôle des dépenses.** Certaines caisses ont instauré un formulaire local en vue de recueillir des informations sur les dépenses du demandeur. L'article 44 du décret 2.9.1954 prévoit que « *toute personne demandant le bénéfice de l'Aide médicale État est tenue de faire connaître à l'autorité mentionnée à l'article L 252-3 du Code de l'action sociale et des familles toutes informations relatives à [...], à ses ressources, à ses biens et à ses charges, ainsi qu'à ses droits au regard d'un régime*



de base ou complémentaire d'assurance maladie ». Un tel contrôle peut conduire à un rejet pour « incohérence des ressources déclarées avec les ressources constatées », si les dépenses mensuelles s'avèrent supérieures aux recettes à l'euro près. Le juge de l'aide sociale s'estime compétent pour assurer un contrôle des ressources, et pour annuler un refus fondé sur le seul motif que les recettes sont inférieures aux dépenses (CDAS Paris, n° 2100041, 10 septembre 2010).

• **La réglementation sur le contrôle du train de vie n'est pas applicable en AME.**

• **Le RIB n'est pas une pièce obligatoire.** Compte tenu du fait que les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais chez les professionnels de santé, les caisses n'ont pas à prévoir de remboursement. Ainsi, l'absence de RIB ne doit pas faire obstacle à l'entrée dans le droit, comme le rappelle la circulaire ministérielle n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 (point I. 1-1. A., p. 2).

DÉLAI D'OBTENTION : LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION PRIORITAIRE SUR DEMANDE MÉDICALE

• **Pour les personnes démunies, seule la dispense totale d'avance des frais chez le professionnel de santé permet l'accès aux soins.** Sur le même principe qu'en matière de complémentaire-CMU pour les assurés sociaux, il existe une procédure d'instruction rapide pour demande d'AME. En procédure normale, le délai peut s'avérer très long selon la charge de travail et les moyens des caisses.

• **L'instruction prioritaire** est justifiée chaque fois que le délai de la procédure normale peut avoir des conséquences néfastes sur l'état de santé (en dehors des urgences qui justifient l'orientation immédiate sur l'hôpital). L'obtention de l'AME préalable aux soins est préférable aux « soins gratuits », souvent incomplets et générateurs de factures a posteriori. Cette procédure est prévue par la circulaire du 27 septembre 2005.



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

1.4. Cas particuliers

Il convient de hâter l'instruction des demandes d'AME émanant de personnes qui, sans nécessiter immédiatement une hospitalisation, présentent une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation. Dans ce cas, le médecin de ville ou hospitalier qui, lors d'une consultation, constate la pathologie, établit un certificat médical, joint à la demande, pour solliciter de la CPAM une instruction prioritaire du dossier. La CPAM procède immédiatement à une vérification de ce dossier, de manière à réclamer sans délai les éventuels renseignements et documents manquants. Une fois le dossier complet, elle prend aussitôt une décision.

- **La demande doit être sollicitée par un médecin** qui doit délivrer un certificat médical pour que le demandeur le joigne à son dossier complet de demande d'AME.
- **L'instruction prioritaire requiert le plus souvent une intervention ultérieure par téléphone du professionnel,** lorsque la demande écrite ne suffit pas. De nombreux services d'instruction se défont en effet de cette procédure en dirigeant les demandeurs vers les dispositifs de lutte contre la précarité, voire les urgences de l'hôpital public. Le demandeur doit être prévenu de ces difficultés afin de solliciter l'intervention ultérieure du professionnel. Celui-ci doit alors téléphoner au CSS (plate-forme téléphonique, puis, si possible, standard du CSS ou responsable AME) pour identifier la nature du blocage et informer de la demande. En cas de refus persistant, contacter le chef de centre (CSS), et, si besoin, la hiérarchie de la caisse (CPAM/CGSS), notamment lorsque la décision d'admission incombe à un service centralisé.
- **Les interlocuteurs au sein des caisses méconnaissent souvent la procédure d'instruction prioritaire.** Il faut rappeler les éléments suivants :
 - cette procédure est prévue par la circulaire ministérielle du 27 septembre 2005 et rappelée par celle du 8 septembre 2011;
 - pour les personnes ayant déjà ouvert des droits à l'assurance maladie, la demande « d'instruction prioritaire » suppose le traitement simultané par la caisse primaire du maintien des droits à l'assurance maladie et l'instruction du droit à l'AME limitée à la part complémentaire : voir la circulaire AME du 27 septembre 2005 (point 3), la circulaire CMU du 3 mai 2000



(§ C. I- a) et le chapitre « maintien des droits » (*voir p. 150*);
- l'instruction prioritaire n'est pas destinée à permettre l'hospitalisation en urgence, mais à l'éviter, en délivrant les soins nécessaires dans les délais requis.

DÉLAI D'OBTENTION EN PROCÉDURE NORMALE

- **L'admission en procédure normale** n'est soumise à aucun délai contraignant. L'absence de réponse de l'administration pendant deux mois à compter de la demande doit être considérée comme une décision implicite de rejet, cette disposition du droit administratif étant de peu de portée si la demande n'a pas donné lieu à un récépissé. Dans la pratique, certaines caisses primaires dépassent ces deux mois et ne pratiquent pas le rejet implicite du fait de leurs délais habituels de traitement : se renseigner auprès du service concerné sur le délai de traitement actuellement pratiqué.

DATE D'OUVERTURE DU DROIT, RÉTROACTIVITÉ ET FACTURES

- **Date d'entrée en France et date de dépôt de la demande.**
Il est possible (selon la circulaire du 27 septembre 2005, point 3.1) de déposer sa demande d'AME par anticipation, pendant les trois premiers mois de présence en France, les droits n'étant ouverts qu'à compter du 1^{er} jour du 4^e mois (sous réserve que les conditions générales d'admission soient par ailleurs remplies).
- **Les droits sont ouverts à compter de la date de la demande,** même si la notification est remise ultérieurement au demandeur (article 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié).
- **Rétroactivité maximale : un mois.** Attention : ces délais ont été réduits par décret en juillet 2005 (précédemment : 4 mois). Le demandeur dispose désormais d'un délai d'un mois pour déposer sa demande, conformément aux dispositions de l'article 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié. Le délai court à compter de la date de délivrance des premiers soins.
- **La rétroactivité est possible pour les soins en ville et en établissement de santé** (article 44-1 du décret du 2 septembre 1954 modifié). Les caisses sont invitées par circulaire (27 septembre 2005, point 3.1) à faire systématiquement usage, de la rétroactivité lorsque des soins ont été prodigués avant l'ouverture des droits.



• **Facture de l'hôpital.** Dès réception de la facture concernant les frais hospitaliers, il faut prendre contact avec le service des frais de séjour, traitements externes ou le service social de l'établissement pour mettre en route une demande d'AME rétroactive.

• **Convocation par les services instructeurs.** **Attention :** il est fréquent que les personnes soient invitées (après la sortie de l'hôpital), par courrier, à se rendre au bureau des frais de séjour de l'hôpital, ou au bureau de Sécurité sociale, pour fournir les documents permettant d'établir la prise en charge de la facture par l'AME. Cependant, les intéressés interprètent fréquemment à tort ce type de courrier comme une invitation « à régler la facture au guichet », et ne se présentent pas. Il faut expliquer attentivement la nécessité de fournir très rapidement les justificatifs demandés, et de répondre à un éventuel courrier de ce type.

DURÉE DE LA PROTECTION ET PASSAGE VERS L'ASSURANCE MALADIE

• **L'article L 252-3, 2^e alinéa CASF précise :** « Cette admission est accordée pour une période d'un an » (circulaire du 27 septembre 2005, point 3). Il n'y a pas de maintien des droits au-delà de la période d'un an. Le bénéficiaire qui remplit encore les conditions peut bénéficier du renouvellement à condition d'en faire lui-même la demande. Il est prudent d'engager le renouvellement deux mois avant l'expiration du droit, compte tenu de l'allongement des délais de traitement dans certaines caisses.

• **Dès que le bénéficiaire (et éventuellement les membres de sa famille) vient à remplir la condition de régularité du séjour pour accéder à l'assurance maladie** (augmentée de la complémentaire-CMU), une demande doit être déposée en ce sens sans attendre l'expiration des droits AME en cours (circulaire du 27 septembre 2005, point 3).

• **Renouvellement.** Il est possible, si la personne remplit toujours les conditions. Si le demandeur laisse expirer son AME plus d'un mois après la date de fin, la caisse considère qu'il ne s'agit plus d'un renouvellement mais d'une nouvelle demande (idem AME ; voir Cnamts, lettre-réseau AME, 30.1.2008, LR-DDO-22/2008, point 3.). Dans ce cas, la nouvelle période d'AME ne commencera

ATTENTION

En cas de versement d'argent préalablement aux soins, l'article L 253-2 CASF a prévu que : « Lorsqu'une provision a été versée à un établissement de santé pour couvrir des frais de soins et de séjour ou qu'un engagement de versement a été souscrit, la partie des frais correspondant à la provision ou à l'engagement reste à la charge des bénéficiaires. »



qu'à la date de dépôt de la nouvelle demande, laissant une période sans protection.

TYPES DE SOINS PRIS EN CHARGE (« PANIER DE SOINS »)

• **Le panier des soins ne doit pas être confondu avec le niveau de couverture**, c'est-à-dire le montant payé par l'AME pour chaque acte de soin (*voir infra*).

• **Le panier des soins d'un bénéficiaire de l'AME est identique à celui d'un assuré social, mais diminué de cinq prestations**, lesquelles sont :

- les cures thermales;
- la procréation médicalement assistée (PMA);
- les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés;
- les frais de l'examen de prévention bucco-dentaire pour les enfants;
- les indemnités journalières (prestation en espèces).

• **Les prestations annexes étant réservées aux assurés sociaux, elles ne sont pas accessibles aux bénéficiaires de l'AME :**

- pas de carte SESAM-Vitale;
- pas d'accès au Fonds de secours dit « Fonds social » des caisses (via le formulaire « Demande de prestations supplémentaires et d'aides financières individuelles »);
- pas d'accès aux tarifs de solidarité sur l'énergie (électricité et gaz naturel);
- pas d'examen de santé périodique gratuit de la Sécurité sociale (prévu par l'article L 321-3 CSS);
- impossibilité de participer aux protocoles de recherche thérapeutique (art. L 1121-11 du Code de la santé publique).

• **Le financement des prestations hors nomenclature** n'est pas prévu pour les bénéficiaires de l'AME. La circulaire DHOS/F4/2009/387 du 23 décembre 2009, qui accorde aux assurés sociaux, à titre purement gracieux, un financement de certains actes hors nomenclature (c'est-à-dire hors panier des soins de l'assurance maladie) sur fonds propre des hôpitaux, indique que les titulaires de l'AME ne bénéficient pas de cette faveur en cas de consultation externe. Cela concerne les actes de biologie et d'anatomo pathologie (par exemple, les FIBROTESTS® dans le cas d'un suivi d'une hépatite virale).



• **Précisions sur les lunettes et les prothèses (dont dentaires) et les dispositifs médicaux.** L'ensemble des prestations d'optique, de dentaire et d'appareillage est inclus dans le panier des soins comme pour les assurés sociaux. En pratique, l'AME ne permet pas d'obtenir des lunettes et des prothèses en raison du montant pris en charge (*voir infra*).

• **Précisions en matière de transport médicalisé.** Du point de vue du panier des soins, l'AME couvre les frais de transport prescrit médicalement, de toute nature que ce soit, de la même façon que pour un assuré social (L 251-1 CASF combiné avec le 2° de l'article L 321-1 CSS). Tout refus est un refus de soin. Du point de vue du niveau de prise en charge, il s'agit bien d'un 100 %, (*voir infra, Niveau de couverture*).

• **Précisions sur le financement des soins en établissements pour handicapés.** Sont exclus du financement par l'AME : « les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés », mais demeurent pris en charge par l'AME au titre du 1° de l'article L 321-1 du Code de la Sécurité sociale : « les frais de traitement dans des établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle ».

• **Soins hospitaliers programmés coûteux.** La demande d'agrément préalable pour les soins programmés de plus de 15 000 € à l'hôpital, créée par la loi de finances du 29.12.2010, a été supprimée par la loi de finances rectificative du 16.8.2012.

NIVEAU DE COUVERTURE : UNE PRISE EN CHARGE À 100 %

• **L'AME fonctionne comme un « 100 % Sécurité sociale »** (pas de ticket modérateur appliqué à ce jour). Il n'y a donc rien à payer pour le bénéficiaire de l'AME consultant un professionnel de santé de secteur I (c'est-à-dire pratiquant un tarif sans dépassement d'honoraire).

• **Le tarif de secteur I est imposé à tous les professionnels de santé, même à ceux exerçant en secteur II.** En pratique, les refus de soins éventuels ou les tarifs au-delà du tarif de la Sécurité sociale doivent être signalés aux CPAM/CGSS.

• **Précisions sur les lunettes, prothèses et dispositifs à usage individuel.** La limitation au seul 100 % du tarif de la Sécurité sociale signifie que l'AME ne paye ni le dépassement d'honoraire,

ATTENTION

Les conditions de droit commun (« entente préalable », « trajet supérieur à 150 km », « reconnaissance d'une ALD », etc.) doivent être remplies.

ATTENTION

L'instauration d'un ticket modérateur a été votée en décembre 2002 mais n'était pas appliquée fin 2012.

Il convient cependant de surveiller l'évolution de la réglementation.



ni la différence entre le tarif Sécurité sociale et le prix de vente pratiqué par le fournisseur (dépassement du tarif Sécurité sociale). Les lunettes, les prothèses (dont les prothèses dentaires), les dispositifs à usage individuel (béquille, fauteuil roulant...) ne sont donc financés « que » dans la limite du 100%. En théorie, il est donc possible de financer partiellement ces dispositifs par l'AME. Mais, en pratique, le reste à charge est généralement beaucoup trop élevé pour le budget des personnes concernées.

• **Précisions sur la reconnaissance d'une ALD (affection longue durée).** Cette procédure n'a d'intérêt pour les bénéficiaires de l'AME qu'en matière de transport médicalisé. La reconnaissance d'une ALD (affection de longue durée, c'est-à-dire une maladie grave et/ou chronique) par le contrôle médical des caisses est communément désignée comme le « 100 % Sécurité sociale ». Elle est initialement conçue pour les assurés sociaux. Il s'agit d'une « exonération de paiement du ticket modérateur », c'est-à-dire d'une prise en charge financière à 100 % du tarif Sécurité sociale par l'assurance maladie (sans intervention d'une couverture complémentaire). Cette extension du taux de couverture de base est cependant limitée aux seuls soins relatifs à l'ALD (rappel : pour les assurés, l'obtention d'une couverture complémentaire est donc indispensable pour couvrir les frais concernant les autres soins). Or, les bénéficiaires de l'AME sont à ce jour bénéficiaires ipso facto d'une prise en charge à 100 % pour l'ensemble de leurs soins (*voir supra*) indépendamment de toute reconnaissance d'une ALD. Cependant, la reconnaissance d'une ALD doit être demandée (dans les conditions équivalentes à celles d'un assuré social) car elle conditionne la prise en charge des transports médicalisés dans de nombreux cas.

ATTENTION

Le télé-paiement du professionnel de santé par la caisse reste possible en mode dit « dégradé ».

Se renseigner auprès des guichets du réseau de transport local :

- Île-de-France : *Carte solidarité transport* (75 % de réduction sur le prix des abonnements et 50 % sur les tickets), 0800 948 999

- Lyon : *Pass Partout S*, <http://www.tcl.fr/Tarifs-et-abonnements/S-abonner>

- Marseille : *tarifs sociaux*, <http://www.rtm.fr/guide-voyageur/acheter/tarifs-sociaux#166>.

PAIEMENT DES SOINS, NOTIFICATION AME ET CARTE SESAM-VITALE

• **La « dispense complète d'avance des frais » ou « tiers payant intégral » est un droit** pour tous les bénéficiaires, qui n'ont donc pas à déboursier d'argent auprès des professionnels de santé (art. 44-2 du décret du 2 septembre 1954 modifié).

• **Les remboursements sont possibles**, en cas d'avance des frais effectués en méconnaissance du droit au tiers payant intégral (Cnamts, lettre-réseau L R-DDO-22/2008, 31.1.2008, annexe 1, p. 3/3). Attention, la CPAM/CGSS pourra réclamer



un RIB, les règles de la comptabilité publique tendant à imposer le paiement par virement.

• **Les bénéficiaires de l'AME ne peuvent pas obtenir de carte SESAM-Vitale**, mais seulement une carte plastifiée. Cependant, lorsque le bénéficiaire est en situation de maintien des droits à l'assurance maladie bien qu'en séjour irrégulier (*voir p. 150*), l'AME intervenant pour la part complémentaire en sus de l'assurance maladie, peut être intégrée sur la carte Vitale. Le délai de fabrication de la carte et l'envoi en courrier lent au bénéficiaire peuvent augmenter le délai de délivrance de plusieurs semaines.

• **Le titre d'admission à l'AME (carte plastifiée)** doit être remis en main propre au bénéficiaire (art. 2 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005). Il est individuel pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans et comporte la photographie du titulaire (article 3 du même décret). Les coordonnées des ayants droit de moins de 16 ans figurent au dos du titre d'admission du demandeur.

DROIT CONNEXE : LA RÉDUCTION DANS LES TRANSPORTS

Les personnes et leurs ayants droit bénéficiaire de l'AME, de la complémentaire-CMU ou de l'AME ou sous le plafond de ressources commun à ces deux prestations ont droit à une réduction du prix des transports dans les grandes agglomérations.

Codes « régimes » pouvant concerner les étrangers

Source : 5^e rapport d'évaluation de la loi CMU (2011)

801	Critère de résidence avec cotisation	Affiliation dite au titre de la « CMU de base »
802	Critère de résidence sans cotisation	
803	Critère de résidence sans cotisation, affiliation immédiate (provisoire 3 mois, avant examen au fond)	
804	Critère de résidence avec cotisation + risque AT	
806	Critère de résidence au titre du RSA	
833	Critère de résidence ex-Yougoslave majeur	
090	Bénéficiaire d'une allocation de chômage	
095	AME	

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Rapports d'activité et d'observation, www.comede.org

Cordier A., Salas F.,
Inspection générale des finances, Inspection générale des affaires sociales, *Rapport d'analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'AME*, novembre 2010.

Drees, *Les bénéficiaires de l'AME en contact avec le système de soins*, Études et résultats n° 645, juillet 2008.

Observatoire du droit à la santé des étrangers,
Rapports d'observation, www.odse.eu.org

AYANTS DROIT ET MEMBRES DE FAMILLE

La protection maladie d'une personne, assurance maladie ou Aide médicale État (AME), prend en charge les soins du titulaire du droit mais également de certains de ses proches à sa charge. Ces derniers sont désignés comme « ayants droit » d'un assuré (assurance maladie) ou « personnes à charge » d'un bénéficiaire (AME). Le membre de famille concerné bénéficie d'un droit dérivé du droit ouvert par l'assuré lui-même. Pour les étrangers, le rattachement d'un membre de famille est soumis à des conditions spécifiques qui s'ajoutent aux conditions de droit commun.



Voir aussi Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 124

PERSONNES CONCERNÉES

• Liste des ayants droit en assurance maladie :

- le conjoint marié de l'assuré (L 313-3 1^o CSS), le partenaire de pacs, le concubin (L 161-14 CSS);
- [jusqu'à 16 ans] les enfants non salariés, à la charge de l'assuré ou de son conjoint, que la filiation, y compris adoptive, soit légalement établie, qu'ils soient pupilles de la nation dont l'assuré est tuteur, ou enfants recueillis (L 313-3 2^o CSS);
- [jusqu'à 20 ans] les enfants qui poursuivent leurs études, et les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié (L 313-3 3^o CSS);
- [jusqu'à 18 ans] les enfants placés en apprentissage (L 313-3 3^o CSS);
- l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3^e degré ou l'allié au même degré de l'assuré social, qui vit sous le toit de celui-ci et qui se consacre exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation de deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré (L 313-3 4^o CSS);
- une personne supplémentaire à charge, si celle-ci vit depuis plus de 12 mois sous le toit de l'assuré (L 161-14 CSS).

• **Liste des personnes à charge en AME :** même liste que les « ayants droit » d'un assuré, sauf la catégorie « ascendant, descendant, collatéral » (L 251-1 CASF modifié par la loi de finances rectificative du 29.12.2010).

ASSURANCE MALADIE : CONDITIONS DE RATTACHEMENT (POUR LES MINEURS, VOIR P. 138)

• **Cinq points doivent être vérifiés :**

1. la possibilité d'être assuré « en son nom » et non pas comme ayant droit ;
2. la condition de charge effective et permanente ;
3. la condition de résidence habituelle en France ;
4. la condition d'ancienneté de présence en France ;
5. la condition de régularité du séjour.

• **Subsidiarité/Priorité.** Le rattachement comme ayant droit n'est possible que subsidiairement à toute affiliation au titre du travail ou d'un autre critère de nature socioprofessionnelle (bénéfice d'une prestation sociale). À l'inverse, le rattachement est prioritaire sur l'ouverture des droits en qualité d'assuré sur critère de résidence en France (affiliation dite au titre de la « CMU de base »). Ainsi, le conjoint sans activité professionnelle d'un salarié ne pourra pas être assuré personnellement au titre de la « CMU de base », mais sera obligatoirement rattaché à l'assurance maladie de son conjoint (*voir infra Ayant droit autonome*).

• **La notion de « charge effective et permanente » est déterminante**, car seule la personne à la charge de l'assuré peut être rattachée. Cette notion a été abondamment précisée par la jurisprudence civile en matière de prestations familiales qui a dégagé les caractéristiques suivantes :

- la notion concerne toutes les catégories d'ayants droit, quelle que soit la nationalité (Français et étrangers), ou l'âge (mineurs et majeurs) ;
- pour le rattachement d'un mineur, elle correspond à la situation de tout adulte qui assure les frais d'entretien ainsi que la responsabilité éducative et affective de l'enfant, notamment le logement, la nourriture, l'habillement et l'éducation ;
- l'absence de lien de parenté ou d'alliance entre ouvrant droit et ayant droit est indifférente. Ainsi, peu importe que l'enfant soit légitime, naturel, reconnu ou non, adopté, confié ou recueilli (L 313-3 CSS et Cass. soc., 5 mai 1995, n° 92-13.230, *Manent c/ CPAM d'Aubenas*) ;

ATTENTION

Au sein d'une même famille, certains membres à charge peuvent se trouver en séjour régulier. Ils seront, dans ce cas, non pas rattachés à l'AME du titulaire, mais seront assurés individuellement à l'assurance maladie ; (*voir Aide médicale État, p. 166 et Difficultés posées par le calcul du plafond de ressources applicables, p. 167*).



- l'absence d'autorité parentale est indifférente (Cass. soc., 18 mars 1993, n° 91-10.127, CAF de la région parisienne c/ Lebri), ainsi que le maintien de l'autorité parentale aux parents restés au pays d'origine, de même que l'absence d'une obligation alimentaire (Cass. soc., 25 novembre 1993, n° 88-12.631, n° 3745 P+B, CAF d'Indre-et-Loire c/ Zinzen);
- l'absence de preuve de l'incapacité des parents dans le pays d'origine à exercer leurs obligations ou l'absence de preuve de leur désintérêt manifeste est indifférente (Cass. soc., 23 novembre 2000, n°99-15.152, Drief et a. c/ CAF du Val-de-Marne et a.);
- le fait de ne pas avoir la garde de l'enfant au sens juridique du terme n'implique pas nécessairement que cet enfant ne soit pas à charge au sens de la législation sur les prestations du Code de la Sécurité sociale;
- la charge effective et permanente n'a pas de lien avec l'obligation scolaire, les difficultés pour trouver un établissement scolaire étant sans incidence sur la charge pesant sur l'ouvrant droit (*sur l'exigence de certificat de scolarité, voir infra, p. 193*);
- elle est une situation de fait qui peut être apportée par tout moyen de preuve.

En pratique, les caisses demandent des justificatifs plus nombreux lorsqu'il n'y a pas de lien juridique entre l'ouvrant droit et le membre de famille. Il faut dans ce cas fournir à la caisse l'ensemble des justificatifs démontrant la charge, au besoin à l'aide d'une déclaration sur l'honneur circonstanciée.

• Condition de résidence habituelle en France (RHF)

(voir *Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 124*).

Cette condition s'impose à tous les ayants droit, sauf en cas de convention bilatérale de Sécurité sociale lorsqu'elle prévoit que la famille restée au pays peut être couverte par l'assurance maladie de l'assuré de droit français (en général, salarié uniquement, ou titulaire d'une pension de retraite). Elle exclut le rattachement d'un ayant droit (même mineur) de passage sur le territoire français, même si l'hébergeant est l'un de ses parents.

• Condition d'ancienneté de présence de trois mois en France

(voir également *Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 124*). Cette condition n'est jamais opposable à l'ayant droit mineur, mais les caisses méconnaissent fréquemment

ce point en matière d'assurance maladie (la dispense de délai de 3 mois étant plus connue en matière d'AME). Il importe de bien identifier les sources de cette dispense, selon que l'ayant droit est rattaché à un assuré affilié sur critère socio professionnel (aucun délai de 3 mois, ni pour le mineur ni pour le majeur),



ou rattaché à un assuré affilié sur critère de résidence au titre de la « CMU de base » (délai de 3 mois imposé textuellement par R 380-1 CSS mais inapplicable au mineur selon le Conseil d'État).

Assuré/Ayant droit	Ayant droit majeur	Ayant droit mineur
Assurance maladie sur critère socioprofessionnel	NON Aucun texte ne prévoit de délai	
Assurance maladie sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la « CMU de base »)	OUI R 380-1 CSS	NON Arrêt CE 23.12.2010
AME		
NON L 251-1 CASF	NON L 251-1 CASF + Arrêt CE 07.6.2006	

• **Condition de régularité du séjour** (voir assurance maladie, p. 136). L'ayant droit majeur étranger (toute nationalité dont UE) est soumis à une condition de régularité de séjour. La définition de la régularité varie selon qu'il est rattaché à un assuré sur critère socioprofessionnel ou sur critère de résidence.

Existence d'une condition de régularité de séjour et sources

	Affiliation sur critère socioprofessionnel (salarié et assimilé)	Affiliation sur critère de résidence (dite au titre de la « CMU de base »)
Ayant droit majeur	OUI Liste de titres de séjour : D 161-15 CSS	OUI* Idem ci-dessus : pas de liste de titres de séjour et application de R 380-1 CSS selon circ. min. 3.5.2000
Ayant droit mineur	NON Lecture a contrario de L 161-25-2 CSS	
Maintien des droits de l'ayant droit (pendant 1 an)	NON** L 161-8 CSS (Assuré et ayant droit/majeur et mineur)	NON*** L 161-8 CSS (Assuré et ayant droit/majeur et mineur)

Catégories de personnes non concernées par la condition de régularité de séjour

* Circulaire ministérielle DSS/2A-2000/239 du 3 mai 2000, toujours en vigueur

■ Allocation temporaire d'attente (demandeurs d'asile en cours de procédure)

** Interprétation confirmée par le Conseil constitutionnel et le Conseil d'État

*** En pratique, seul l'exercice des voies de recours permettrait le maintien des droits des assurés au titre de la « CMU de base »

ATTENTION

Pour les personnes étrangères nouvellement arrivées en France, la caisse peut être amenée à contrôler avec plus d'attention les éléments relatifs à la résidence habituelle en France et à la charge effective et permanente.



Article D 161-15 du Code de la Sécurité sociale,
modifié en dernier lieu par le décret du 27 février 2006

**Titres de séjour nécessaires pour être affilié
comme ayant droit majeur d'un assuré sur critère
socioprofessionnel**

Ne concerne pas l'ayant droit d'un assuré au titre
de la « CMU de base » :

- « 1° carte de résident;
- 2° carte de séjour temporaire;
- 3° certificat de résidence de ressortissant algérien;
- 4° récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus;
- 5° récépissé de première demande de titre de séjour accompagné soit du certificat de contrôle médical délivré par l'Office des migrations internationales au titre du regroupement familial, soit d'un acte d'état civil attestant la qualité de membre de la famille d'une personne de nationalité française;
- 6° récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour d'une durée de trois mois renouvelable portant la mention : "Reconnu réfugié";
- 7° récépissé de demande de titre de séjour portant la mention : "Étranger admis au titre de l'asile" d'une durée de validité de six mois, renouvelable;
- 8° autorisation provisoire de séjour;
- 9° paragraphe supprimé;
- 10° le passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour. »

Il faut ajouter à cette liste les titulaires de visa de long séjour valant dispense de titre de séjour (VLS-TS), *voir Assurance maladie, p. 136.*

• **Pour l'ayant droit d'un assuré affilié sur critère de résidence (affiliation dite au titre de la « CMU de base »), il n'existe pas de liste de titres de séjour, mais l'exigence d'une résidence « stable et régulière ».** Cette notion inclut les titres de séjour précaires dont les convocations à la préfecture et les rendez-vous à la préfecture (cir. min. n° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000, *voir Assurance maladie, p. 136*). Il convient d'ajouter les titulaires de visa de long séjour valant dispense de titre de séjour (*VLS-TS, voir p. 140*).



ASSURANCE MALADIE : IMMATRICULATION ET AYANT DROIT AUTONOME

• **S'ils ne sont pas déjà immatriculés définitivement** (voir les différents types d'immatriculation dans Assurance maladie, p. 146), les membres de famille nés à l'étranger se verront demander une pièce d'état civil (PEC). Comme pour un assuré, en cas d'impossibilité de produire une PEC, le recours au matricule provisoire est possible, et permet de ne pas retarder l'accès aux droits et aux soins. En cas d'attribution d'un matricule définitif, c'est ce matricule qui identifie l'ayant droit de plus de 16 ans (et non celui de l'assuré), notamment sur la carte Vitale (p. 152). En cas de matricule provisoire, l'ayant droit ne peut pas obtenir une carte Vitale (idem assuré).

• **Ayant droit autonome : tout ayant droit de plus de 16 ans peut être identifié de façon autonome et bénéficiaire de sa propre carte Vitale**, sous son propre matricule de Sécurité sociale (et non celui de l'assuré). Bien qu'il tire son droit du droit de l'assuré, l'ayant droit autonome est identifié de façon autonome dans les fichiers de la caisse et bénéficie de remboursement directement sur son propre compte bancaire ou postal (art. L 161-14-1, R 161-8-15, R 161-8 CSS).

AIDE MÉDICALE ÉTAT : CONDITION DE RATTACHEMENT D'UN MEMBRE DE FAMILLE

• **Liste des membres de famille rattachables** : voir *supra*, p. 188.

• **Rattachement d'un mineur de plus de 16 ans** : la condition de scolarité semble ne pas être imposée. La circulaire ministérielle n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 25 septembre 2005 indique : « Le droit à l'AME est ouvert pour le demandeur et les personnes à sa charge qui résident en France. Cette notion de "personnes à charge" est équivalente à celle d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale [attention : la liste des membres de famille AME a été restreinte depuis]. Elle inclut aussi les enfants de plus de seize ans vivant avec le demandeur, placés dans une situation équivalente à ceux qui disposent d'un maintien du droit à l'assurance maladie en application du premier alinéa de l'article L 161-8 du code de la Sécurité sociale. »



- **Charge effective et permanente** : idem assurés sociaux, (voir *supra*, p. 189).

- **Il n'y a pas de condition d'ancienneté de présence en France de 3 mois pour les membres de la famille rejoignant, même majeurs.** Ce point est particulièrement méconnu des caisses, qui ont tendance à appliquer un délai de 3 mois de présence en France à tout étranger (voir le *tableau récapitulatif par catégories dans le chapitre Panorama*, p. 124). Or la lettre de l'article L 251-1 CASF est sans équivoque (voir *in extenso*, p. 166). De même, la liste des pièces à fournir prévue par le décret n° 2005-860 du 28 juill. 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'Aide médicale État précise que le justificatif de présence en France concerne le demandeur (donc pas le membre de famille) : « Pour la justification de la présence ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français du demandeur [...] ». » La circulaire ministérielle n° DGAS/DSS/DHOS/2005/407 du 25 septembre 2005 mentionne : « Conformément à l'article L 251-1 du Code de l'action sociale et des familles et au 2° de l'article 4 du décret n° 2005-860, cette condition doit être remplie par le demandeur. [...] »

- **Rattachement d'un mineur entrant en France dont le parent accompagnant est titulaire d'un visa en cours de validité** (voir *Mineurs*, p. 138).

- **Pas de condition de régularité de séjour.** (par définition, l'AME s'adresse aux personnes en séjour irrégulier). Si le membre de famille est (ou devient) « en règle » au sens de l'assurance maladie, il ne relève plus du foyer AME de la personne dont il est à charge, et doit bénéficier personnellement de l'assurance maladie (pour les mineurs, voir p. 138).

BÉNÉFICIAIRES DE DROITS DANS UN AUTRE ÉTAT

Pour les migrants, il existe des instruments juridiques permettant l'exportation des droits à une protection maladie initialement acquise dans le pays de provenance vers le nouveau pays d'installation. Pourtant, il arrive que des caisses d'assurance maladie considèrent qu'il incombe aux étrangers nouvellement arrivés en France de démontrer l'absence de droit importable, faute de quoi ils se voient bloquer l'accès au système français. Il faut identifier les pays visés par les dispositifs de coordination des régimes de Sécurité sociale, et, en cas de transfert de résidence, rappeler aux caisses qu'il leur appartient de procéder elles-mêmes au transfert éventuel des droits sans pénaliser les ressortissants concernés. La Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) nécessite une attention particulière. La méthodologie pour mettre en œuvre le transfert des droits est complexe.

IMPORTATION DE LA PROTECTION MALADIE ACQUISE DANS LE PAYS D'ORIGINE ET SUBSIDIARITÉ

- **Il arrive que l'étranger nouvellement arrivé en France se voit opposer par les CPAM/CGSS l'existence potentielle d'une protection maladie** au titre de la Sécurité sociale ou du système national de santé du pays de provenance. Cette subsidiarité pose problème lorsque les caisses se contentent d'attendre la preuve négative de l'absence de droit importable en France pour procéder à l'examen d'une demande au titre de la législation française (assurance maladie ou AME).

Ne sont concernées que les personnes en provenance de pays signataires d'accord avec la France.

Pays concernés par les règlements européens de coordination des régimes de Sécurité sociale :

- l'Union européenne (27 pays) : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre (partie grecque), Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie, Suède;
- Islande, Liechtenstein, Norvège (formant avec l'UE, l'Espace économique européen), et la Suisse

Pays (ou collectivités d'outre-mer) concernés par une convention bilatérale de Sécurité sociale :

Algérie, Andorre, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Cameroun, Canada, Cap-Vert, Congo, Corée, Côte d'Ivoire, Croatie, États-Unis, Gabon, Îles Anglo-Normandes (Guernesey, Aurigny, Herm, Jéthou), Inde, Israël, Japon, Jersey, Macédoine, Madagascar, Mali, Maroc, Mauritanie, Mayotte, Monaco, Monténégro, Niger, Nouvelle-Calédonie, Philippines, Polynésie française, Québec, Saint-Marin, Saint-Pierre-et-Miquelon, Sénégal, Serbie, Togo, Tunisie, Turquie.

Actualisation sur le site du Cleiss : www.cleiss.fr

• **L'application du principe de subsidiarité, selon lequel la caisse française recherche les droits éventuellement importables, ne doit pas conduire à pénaliser les nouveaux entrants**, mais elle doit au contraire les aider à assurer une continuité de couverture (ou une totalisation de période d'assurance). Pour les ressortissants de l'Union européenne et assimilés, le règlement (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de Sécurité sociale indique dans le considérant n° 5 : *« Il convient, dans le cadre de cette coordination, de garantir à l'intérieur de la Communauté aux personnes concernées l'égalité de traitement au regard des différentes législations nationales », et dans le considérant n° 20 : « En matière de prestations de maladie, de maternité et de paternité assimilées, il importe d'assurer la protection des personnes assurées ainsi que des membres de leur famille qui résident ou séjournent dans un État membre autre que l'État membre compétent. »*



- **Les CPAM/CGSS ne peuvent donc pas refuser l'étude des droits au titre de la législation française** dans l'attente que le demandeur justifie lui-même de l'absence de couverture importable. C'est à chaque caisse française (service des relations internationales) qu'incombe la compétence pour répondre à la question de l'importation des droits potentiels, comme le précisent les textes suivants :
 - **pour les assurés d'un pays de l'UE ou assimilé** transférant leur résidence (toute situation professionnelle) : article 24-1 RA et article 17 RB (RB : règlement de base n° 883/2004; RA : règlement d'application n° 987/2009); *voir également la circulaire ministérielle n° DSS/DACI/2011/225 du 9 juin 2011 relative à la condition d'assurance maladie complète dont doivent justifier les ressortissants européens inactifs, les étudiants et les personnes à la recherche d'un emploi, au-delà de 3 mois de résidence en France;*
 - **pour les Algériens** : article 13 de la convention bilatérale du 1^{er} octobre 1980, et article 7 de l'arrangement administratif du 28 octobre 1981.

LA CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE (CEAM)

- **La CEAM permet le maintien en France de droits acquis dans le pays de provenance dans le seul cas des personnes en « séjour temporaire »** en France :
 - elle ne couvre que les personnes de passage en France, et non celles en situation de « transfert de résidence » (c'est-à-dire qui s'installent en France). Ces dernières sont appelées à être prises en charge éventuellement au titre de l'importation en France des droits acquis dans le pays de provenance (la pratique des caisses et des hôpitaux peut être différente pendant les premiers mois de séjour en France, notamment en facturant les soins au titre de la CEAM et non pas de l'importation des droits);
 - la CEAM remplace les anciens formulaires E110, E111, E119, E128 et doit être obtenue avant le départ (sinon possibilité théorique de faire faire un certificat provisoire de remplacement à distance);
 - elle ne concerne pas les séjours médicaux (soins programmés, pathologies connues avant le séjour en France), mais les soins inopinés;
 - elle permet à l'assurance maladie du pays de provenance (c'est-à-dire de résidence) de rembourser/payer les soins réalisés au cours du voyage, dans les conditions financières du pays de séjour.



• **Le refus d'examiner des droits à l'assurance maladie française ou à l'AME, fondé sur la seule CEAM, n'est donc pas conforme à la réglementation.**

IDENTIFIER LES PROCESSUS DE TRANSFERT POTENTIEL DES DROITS

• **Pays de séjour** : État dans lequel la personne concernée séjourne temporairement sans y établir sa résidence habituelle (UE : RB article 1k). La personne est dans ce pays en situation de « séjour temporaire ».

• **Pays de résidence** : État dans lequel la personne concernée réside habituellement et où se trouve également le centre habituel de ses intérêts (UE : RB art. 1j). La personne est dans ce nouveau pays d'installation en situation de « transfert de résidence ».

• **Institution compétente** (en général, celle du pays de provenance) : l'institution à laquelle l'intéressé est affilié au moment de la demande de prestation, ou l'institution par laquelle l'intéressé a droit ou aurait droit à des prestations s'il résidait ou si le ou les membres de sa famille résidaient dans l'État membre où se trouve cette institution (RB article 1q). Cette notion s'oppose à celles d'**institution du lieu de résidence** ou d'**institution du lieu de séjour** (caisse française en cas de transfert de résidence en France).

Centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale (Cleiss)

Le Cleiss est en France l'institution pivot chargée de contribuer à la bonne application des textes internationaux organisant la coordination des systèmes nationaux de Sécurité sociale des personnes qui se déplacent hors des frontières nationales. Il agit pour le compte des pouvoirs publics et de l'ensemble des institutions de Sécurité sociale françaises. Le Cleiss met en œuvre les opérations financières entre la France et ses partenaires, assure une mission de conseil sur l'application des textes internationaux et une mission de traduction des réglementations étrangères pour les caisses françaises.

www.cleiss.fr

Cleiss, 11, rue de la Tour-des-Dames, 75436 Paris Cedex 09
Tél. : 01 45 26 33 41 - Fax : 01 49 95 06 50

ATTENTION

Le Cleiss ne renseigne pas les assurés sur l'état de leurs droits au pays d'origine, tâche qui incombe au service des relations internationales de chaque CPAM/CGSS.



EXAMEN D'UNE SITUATION INDIVIDUELLE

• **La protection maladie en cas de séjour temporaire en France (hors soins programmés).** Par définition, dans ce cas, la personne n'est pas éligible à un système de protection maladie de droit français (*voir Condition de résidence habituelle, p. 124*). Les personnes assurées dans leur pays de résidence peuvent soit utiliser leur CEAM (personne assurée dans un pays de l'Espace économique européen ou en Suisse), soit faire jouer une éventuelle convention bilatérale de Sécurité sociale. Dans le cas de l'Algérie, la convention franco-algérienne limite ce cas de figure au salarié algérien – ce qui exclut les pensionnés et fonctionnaires – pour les seuls soins inopinés, ou avec entente préalable de la caisse algérienne pour des soins programmés, notamment pour le suivi d'une maladie chronique.

• **La protection maladie en cas de transfert de résidence en France.** L'importation en France des droits à la protection maladie acquis dans le pays de provenance est rare, les pays prévoyant généralement (c'est le cas de la France) la suppression des droits pour la personne qui perd la qualité de résident. En pratique, l'assuré étranger arrivant en France doit donc envisager les étapes suivantes :

1. notifier le « transfert de résidence » auprès de l'organisme de Sécurité sociale du pays de provenance (attention : cela peut faire perdre le droit aux prestations locales ; les éventuels membres de famille restés sur place pourront être couverts si l'assuré conserve ses droits en France) ;
2. si des droits sont exportables vers la France, l'organisme du pays de provenance doit émettre un document à destination de la caisse française mentionnant le maintien et le transfert des droits. Pour les pays de l'UE et assimilés, il s'agit du formulaire S1, anciennement E106, E109, E120, E121. Pour l'Algérie, seuls les pensionnés algériens de droit algérien (sont exclus les salariés et fonctionnaires) pourraient prétendre exporter des droits aux prestations en nature de l'assurance maladie à l'aide du formulaire SE 352-08 II. Mais en pratique selon le Cleiss, les caisses algériennes considèrent que la convention franco-algérienne ne s'applique pas à ces cas ;
3. sous réserve de cette obligation de signalement à l'organisme du pays de provenance dont relevait auparavant l'assuré social ayant transféré sa résidence en France, c'est aux CPAM/CGSS de vérifier l'existence d'éventuels droits tirés d'un régime de coordination (pour les pays de l'UE et assimilés, voir la circulaire ministérielle du 9 juin 2011) ;



4. attention, le séjour irrégulier en France empêche a priori l'importation des droits en France. Il importe donc de savoir déterminer si une personne a acquis un droit au séjour en France, évaluation qui peut se révéler délicate pour les ressortissants d'un pays de l'UE ou assimilé (*voir guide 2008*).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Cleiss,

Fiches de documentation,
<http://www.cleiss.fr/docs/index.html>

Ciss (Collectif inter-associatif sur la santé),
Fiche sur la CEAM,
<http://www.leciss.org>

Commission européenne,

Règlements européens sur le site de la http://ec.europa.eu/index_fr.htm

Gisti, Note pratique,
Le droit à la protection sociale des ressortissants communautaires (2008)

DEMANDEURS D'ASILE

Les demandeurs d'asile bénéficient d'un traitement particulier du fait des normes internationales qui les protègent. Le principe posé par ces textes, notamment les normes de l'Union européenne en matière d'asile, prévoit un accès au système de protection maladie de droit commun, c'est-à-dire à l'assurance maladie. En pratique, les demandeurs d'asile se heurtent à des difficultés « d'entrée dans le droit ». La connaissance des différents documents de séjour dans l'ordre chronologique permet d'identifier la « porte d'entrée » à la protection maladie et de résoudre la plupart des problèmes.



Voir Réfugiés et protégés subsidiaires, guide 2008, et Déboutés et sans-papiers, guide 2008

CONTEXTE ET PRINCIPES

En principe, tout demandeur d'asile est en séjour régulier en France pendant l'examen de sa demande d'asile (il bénéficie d'une « admission provisoire au séjour en France » par le préfet). C'est par exception que certains se retrouvent dans des procédures « spéciales » utilisées par les préfetures :

- la procédure dite Dublin II (*voir guide 2008*) interdit temporairement l'examen de la demande d'asile par les autorités françaises dans l'attente de la détermination de l'État européen responsable de cet examen. Cette procédure ne s'applique ni dans les DOM, ni dans les COM;
- la procédure à garantie diminuée dite « prioritaire » (*voir guide 2008*) consiste à refuser l'admission provisoire au séjour au demandeur, tout en lui accordant le droit « de se maintenir en France » jusqu'à la décision de l'Ofpra qui doit alors intervenir sous 15 jours, ou 4 jours en rétention administrative.

• **La protection maladie accordée en France aux demandeurs d'asile devrait donc être dans tous les cas l'assurance maladie et non pas l'Aide médicale État**, (*voir infra droits selon l'évolution de la situation administrative*). Rappel : la condition d'ancienneté de présence de 3 mois est non opposable en assurance maladie, si la demande d'asile est enregistrée en préfecture ou auprès de la police aux frontières (R380-1 CSS).

• **Le cas des demandeurs d'asile sous convocation Dublin II**

pose problème, la circulaire du ministère de la Santé n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 les considérant en séjour irrégulier et donc non éligibles à l'assurance maladie. Cette position est contestable au regard des éléments suivants :

- la circulaire ne fait pas de distinction entre les demandeurs après le prononcé d'un éventuel « arrêté préfectoral de réadmission vers un autre État » et le demandeur sous « convocation Dublin II » en attente de la réponse de l'État européen auquel la France a demandé la prise en charge (ou reprise en charge). Or, le demandeur d'asile, en attente de décision sur la détermination de l'État responsable de sa demande d'asile, n'est certes pas « admis au séjour en France » selon le droit interne (L 741-4 Ceseda), mais bénéficie de la clause de non-refoulement prévue par la convention de Genève relative au statut des réfugiés;
- ces personnes sont pleinement des « demandeurs d'asile » au sens de la réglementation européenne (articles 2d et 3§4 du règlement CE Dublin II n° 343/2003 du Conseil du 18 février 2003) et doivent bénéficier de l'ensemble des garanties liées à ce statut;
- l'article 15 de la directive européenne 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres, impose que les demandeurs d'asile aient un accès aux soins (« *Les États membres font en sorte que les demandeurs reçoivent les soins médicaux nécessaires qui comportent, au minimum, les soins urgents et le traitement essentiel des maladies.* »);
- la circulaire ministérielle « CMU » n° DSS/2A/DAS/DPM/2000/239 du 3 mai 2000 vise clairement à intégrer à l'assurance maladie l'ensemble des étrangers en relation avec l'autorité de police dont les demandeurs d'asile, par opposition aux étrangers sans procédure en cours (seuls ces derniers relevant de l'AME).

OBSTACLES ET RETARDS À L'ACCÈS AUX DROITS

• **Les délais d'accès à la préfecture** peuvent être longs (de plusieurs semaines à plusieurs mois), encore augmentés par le passage préalable sur les « plates-formes d'accueil » ou par le délai pour obtenir une domiciliation administrative (*voir p. 128*).



- **Les délais d'accès à la caisse de Sécurité sociale** peuvent également être longs. Lorsque des accords locaux prévoient que c'est la « plate-forme d'accueil » qui délivre un rendez-vous avec la caisse en vue de l'accès à une protection maladie, ces délais peuvent retarder l'accès à la caisse.

- **Les convocations en préfecture peuvent parfois être délivrées par les plate-formes d'accueil** de demandeurs d'asile (dont le porteur institutionnel est soit une association de droit privé, soit l'OFII) pour le compte de la préfecture. S'il s'agit d'une plate-forme associative, les caisses peuvent hésiter à considérer la « convocation en préfecture » comme attestant de la régularité du séjour en ce qu'elle n'émane pas directement d'un service de l'État ayant compétence en matière de police des étrangers.

ATTENTION

Le renvoi d'un demandeur d'asile vers les autorités consulaires de son État de nationalité en vue de demander une pièce d'état civil (extrait d'acte de naissance ou passeport) est à prohiber puisque le demandeur est précisément en demande de protection car craignant des persécutions de cet État.

- **L'exigence d'un extrait d'acte de naissance (EAN, voir p. 147) et d'un RIB (voir p. 145)** conduit parfois les caisses à inviter le demandeur à reporter sine die sa demande.

- **La courte durée du titre de séjour** ou sa faible valeur dans la hiérarchie administrative (convocation préfecture, autorisation provisoire de séjour (APS) de 1 mois) peuvent conduire les caisses à inviter le demandeur à reporter sine die sa demande (voir *Assurance maladie, p. 136*).

- **L'exigence du premier versement de l'allocation temporaire d'attente (ATA)** par Pôle emploi conduit certaines caisses à refuser l'étude des droits à l'assurance maladie sur critère de résidence (refus d'affiliation dite au titre de la « CMU de base »).

DROITS SELON L'ÉVOLUTION DE LA SITUATION ADMINISTRATIVE

- **Demandeur d'asile en sortie de zone d'attente avec un « sauf-conduit » de 8 jours en cours de validité, délivré par la PAF :**

- **régularité du séjour** : « sauf-conduit » vaut régularité (R380-1 CSS et circ. min. du 3 mai 2000) ;

- **type de protection** : assurance maladie au titre de la « CMU de base » + CMU-C.

Il est théoriquement possible d'accéder à l'assurance maladie + CMU-C, mais compte tenu de l'extrême précarité sociale, de l'absence de domiciliation et d'hébergement, il est rare de pouvoir faire la demande de protection maladie dans ce délai.



• **Demandeur d'asile (sans sauf-conduit, ou sauf-conduit expiré) avant toute démarche en préfecture :**

- **régularité du séjour :** séjour irrégulier;
- **type de protection :** pendant les trois 1^{ers} mois : pas de protection maladie (*voir FSUV, p. 100*), à partir du 4^e mois : AME.

• **Demandeur d'asile en début de procédure sous « convocation nominative en préfecture » :**

- **régularité du séjour :** « convocation » et « rendez-vous » préfecture valent régularité (R380-1 CSS);
- **type de protection :** assurance maladie au titre de la « CMU de base » + CMU-C.

La régularité du séjour de tels demandeurs d'asile est explicitée par la réglementation « CMU de base » : circulaire ministérielle du 3 mai 2000 (www.comede.org). La circulaire ministérielle n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 confirme que de tels demandeurs d'asile ne relèvent pas de l'AME mais de l'assurance maladie (point 2.1 A, p. 4, second paragraphe).

• **Demandeur d'asile sous « convocation Dublin II » avant arrêté de ré-admission vers un autre État européen :**

- **régularité du séjour :** « convocation préfecture Dublin II » vaut régularité (R 380-1 CSS);
- **type de protection :** assurance maladie au titre de la « CMU de base » + CMU-C.

La circulaire ministérielle n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 sur l'AME les considère comme en séjour irrégulier (point 2.1 A), ce qui est contestable en droit (*voir supra*). En pratique : demander l'AME en cas de blocage avéré par la caisse (si ancienneté de présence en France supérieure à 3 mois).

• **Demandeur d'asile « Dubliné » (*voir supra*) après arrêté de ré-admission :**

- **régularité du séjour :** séjour irrégulier (sauf si placé sous « convocation » ou admis au séjour à un autre titre);
- **type de protection :** AME.

• **Demandeur d'asile sous « APS 1 mois en vue des démarches auprès de l'Ofpra » :**

- **régularité du séjour :** toute APS vaut régularité (R 380-1 CSS et circ. min. du 3 mai 2000);
- **type de protection :** assurance maladie au titre de la « CMU de base » + CMU-C.

Même situation que les demandeurs d'asile sous « convocation de la préfecture ».

ATTENTION

Certaines caisses refusent d'ouvrir les droits en invitant les demandeurs d'asile à attendre la délivrance d'un « titre de séjour » et/ou le 1^{er} versement de l'ATA. Dans le cas des rendez-vous en préfecture délivrés par une plate-forme d'accueil associative, certaines caisses refusent de considérer ce document comme attestant de la régularité du séjour en ce qu'il n'émane pas directement d'un service de l'État ayant compétence en matière de police des étrangers.



• **Demandeur d'asile sous récépissé 3 mois « constatant le dépôt d'une demande d'asile », en attente de versement de l'ATA ou sans ATA (hébergé en centre d'accueil pour demandeur d'asile (Cada)) :**

- **régularité du séjour** : récépissé vaut régularité (R 380-1 CSS et circ. min. du 3 mai 2000);
- **type de protection** : assurance maladie au titre de la « CMU de base » + CMU-C.

Même situation que les demandeurs d'asile sous « convocation de la préfecture » et sous « APS 1 mois ».

• **Demandeur d'asile sous récépissé jaune 3 mois après le 1^{er} versement de l'ATA, ou ayant une autorisation de travail et exerçant un emploi salarié :**

- **régularité du séjour** : récépissé de demandeur d'asile vaut régularité (7^o de l'article D 115-1 CSS);
- **type de protection** : assurance maladie sur critère socio-professionnel + CMU-C, et non pas au titre de la « CMU de base ».

• **Demandeur d'asile sans document de séjour ni convocation de la préfecture** (procédure prioritaire) :

- **régularité du séjour** : séjour irrégulier [sauf si placé sous « convocation », *voir supra*];
- **type de protection** : pendant les trois 1^{ers} mois : pas de protection maladie (*voir FSUV, p. 100*), à partir du 4^e mois : AME.

ABSENCE D'EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE OU DE PIÈCE D'ÉTAT CIVIL PROBANTE : VOIR ASSURANCE MALADIE, IMMATRICULATION, P. 147

ABSENCE DE RIB/RIP : VOIR ASSURANCE MALADIE, P. 145

MIGRANTS ÂGÉS ET RETRAITÉS

Les migrants âgés bénéficient d'une protection maladie dans les conditions de droit commun selon leur statut professionnel (en activité, pensionnés, sans activité ni pension...). Les étrangers sont soumis aux conditions spécifiques de régularité du séjour. S'ils sont nouvellement arrivés en France, ils devront également satisfaire à la condition d'ancienneté de présence de plus de trois mois sur le territoire. La condition de résidence habituelle en France pose des problèmes particuliers pour les titulaires de la carte de séjour mention « retraité ».

PRINCIPES GÉNÉRAUX

- **Le rôle déterminant de la condition de résidence habituelle en France.** Selon la réglementation française et pour l'ensemble de la population, le bénéfice des droits sociaux (sauf versement de la pension de retraite) est conditionné à la résidence habituelle en France. Cette condition pose des difficultés aux migrants âgés qui souhaitent vivre leur période de retraite entre la France et leur pays d'origine :
 - elle exclut du bénéfice des droits sociaux les étrangers ayant transféré leur résidence hors de France et qui reviennent temporairement visiter leur famille ou leurs amis. Les simples passages en France à l'occasion de voyages temporaires ne permettent pas de bénéficier d'une protection maladie de droit français et ce même si « on a cotisé toute sa vie en France et on touche une retraite française »;
 - les titulaires de la carte de séjour mention « retraité » qui se ré-installent définitivement en France rencontrent des difficultés liées à la présomption de résidence habituelle hors de France attachée à cette carte selon les organismes français de protection sociale;
 - les migrants âgés subissent en outre un certain nombre de contrôles et restrictions de la part des services de l'Etat (nombreux contrôles des caisses d'allocations familiales à l'égard des personnes âgées résidant en foyer, refus d'enregistrement

Catred, collectif des
accidentés du travail,
handicapés et retraités
pour l'Égalité des droits
<http://www.catred.org>

des déclarations d'impôts sur le revenu de la part de l'administration fiscale à l'égard des personnes supposées ne pas résider en France).

• **Retraite et carte de séjour.** Les étrangers résidant en France qui atteignent l'âge de la retraite et se voient accorder une pension conservent le titre de séjour dont ils bénéficiaient au moment de la cessation de leur activité professionnelle. La carte de séjour (certificat de résidence pour les Algériens) mention « retraité », valable 10 ans (ne pas confondre avec la « carte de résident » de 10 ans), ne vise que des personnes souhaitant transférer leur résidence hors de France et y maintenir un « droit de visite temporaire ». Cette carte de séjour, qui se substitue à la carte de résident, permet de revenir en France par tranche d'un an consécutif maximum et fonctionne comme un visa permanent. Mais le titulaire d'une telle carte ne peut plus bénéficier de droits sociaux lors de ses séjours temporaires en France, étant présumé avoir transféré sa résidence hors de France. La protection maladie lors de ces séjours est nulle ou limitée aux soins inopinés (*voir infra*). Cette présomption de non-résidence en France pourra dans certains cas être renversée (*voir infra arrêts de la Cour de Cassation et circulaire CNAV n°2010/49 du 6 mai 2010*).

La pension de vieillesse contributive de la Sécurité sociale (la « retraite ») est exportable au pays d'origine (augmentée éventuellement d'une retraite complémentaire). C'est la seule prestation sociale de droit français qui n'est pas liée à la condition de résidence habituelle en France (*voir Panorama et notions clés, page 124*).

Sur les conditions pour « liquider » (demander à bénéficier de) sa retraite, voir *Note pratique du Gisti, Sans papiers mais pas sans droits, p. 57, 5^e édition, juin 2009*.

PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT ADMINISTRATIF ET PROFESSIONNEL

• **Quel que soit leur âge, les migrants/étrangers sont soumis aux dispositions de droit commun.** Les personnes de passage en France n'ont pas droit à une protection maladie, et les personnes nouvellement arrivées en France sont soumises à des restrictions spécifiques (*Voir Protection maladie selon le statut du séjour, page 188*). Les paragraphes suivants font le point sur l'assurance maladie (couverture de base). Pour le droit à la complémentaire, voir *La Complémentaire-CMU, page 154*.

• **Sans activité professionnelle, ni pension de retraite.** La personne résidant habituellement en France relève soit de l'assurance maladie au titre de la « CMU de base » en cas de séjour « régulier » (*voir page 136*), soit de l'Aide médicale État en cas de séjour irrégulier et faibles ressources.



• **Titulaire d'une pension de vieillesse servie par une caisse française et résidant en France :**

- la personne titulaire d'un des titres de séjour cités dans l'article D 115-1 CSS (*voir liste, page 138*) est affiliée à l'assurance maladie en qualité de pensionné sur le fondement de l'article L 311-9 CSS;

NB

Sur l'intérêt de distinguer affiliation sur critères socioprofessionnels et affiliation sur critère de résidence en France (*affiliation dite « CMU de base »*), voir Encadré, page 138.

Les retraités bénéficient de l'assurance maladie sur critère socioprofessionnel et non pas au titre de la

« CMU de base », article L 311-9 du code de la Sécurité sociale

Les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse qui n'effectuent aucun travail salarié ont droit et ouvrent droit aux prestations en nature prévues aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L 321-1 sans limitation de durée pour tout état de maladie, sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L 351-9 [pension de vieillesse extrêmement faible servie par un versement forfaitaire unique substitué à la pension]; toutefois, en cas d'hospitalisation d'eux-mêmes, de leur conjoint ou de leurs ascendants mentionnés à l'article L 313-3, la prise en charge des frais est subordonnée à un contrôle effectué dans des conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'État.

Au décès du pensionné ou du rentier, ces avantages sont maintenus à son conjoint si celui-ci remplit, par ailleurs, les conditions prévues à l'article L 353-1 [bénéfice de la pension vieillesse de réversion].

- la personne titulaire d'un titre de séjour qui ne figure pas dans la liste de l'article D 115-1 CSS (*voir page 139*), par exemple une autorisation provisoire de séjour sans droit au travail, ou une convocation en préfecture, ne peut pas être affiliée à l'assurance maladie en qualité de pensionnée. Elle est alors affiliée sur critère de « résidence » (affiliation dite au titre de la « CMU de base ») et appelée éventuellement à payer une cotisation selon ses ressources.

• **Titulaire d'une pension de vieillesse servie par une caisse française et résidant hors de France.** En règle générale, la personne ne bénéficie pas, lors de ses séjours temporaires en France, de l'assurance maladie, ni en qualité de pensionné de droit français, ni au titre de la « résidence » (« CMU de base »). (*voir infra les titulaires de la carte de séjour « retraité », et les précisions sur les accords internationaux de Sécurité sociale et les accords franco-algériens de sécurité sociale*).



TITULAIRES DE LA CARTE DE SÉJOUR MENTION « RETRAITÉ »

• **En principe, les titulaires de la carte de séjour mention « retraité » sont exclus de l'assurance maladie, mais peuvent, dans certains cas, bénéficier de la couverture des soins inopinés ou de l'assurance maladie au titre de la « résidence en France »** (affiliation dite au titre de la « CMU de base »).

La carte de séjour mention « retraité » n'est ni une carte de séjour temporaire ni une carte de résident. Elle est définie par l'article L 317-1 du Ceseda selon lequel une des conditions d'obtention de cette carte est que l'étranger « a établi ou établit sa résidence habituelle hors de France ». Cette carte, valable 10 ans, autorise l'étranger qui perçoit sa retraite française au pays d'origine à se rendre en France pour des séjours temporaires (maximum 1 an consécutif). Il s'agit d'une sorte de visa permanent plutôt que d'un titre de séjour.

Attention à la substitution de la carte de résident par la carte de séjour « retraité »

Certains étrangers âgés, titulaires d'une carte de résident de dix ans (ou « certificat de résidence » pour les Algériens), se voient proposer de substituer leur carte de séjour par une carte de séjour mention « retraité » sans en mesurer les conséquences sur l'accès aux droits. En effet, bien que valable également 10 ans, la carte de séjour mention « retraité » n'est pas un titre de séjour ordinaire en ce qu'elle présume une résidence habituelle hors de France. Elle s'adresse donc à des personnes faisant le choix de retourner définitivement dans le pays d'origine. Elle permet de garder la possibilité de venir en France sans visa pour des séjours temporaires, mais entraîne la perte de la qualité de « résidant en France » et donc la perte des droits sociaux (notamment la perte de l'assurance maladie) hormis la pension de retraite.

• **Une couverture des soins inopinés est cependant accessible bien que dans des conditions restrictives.** L'article L 161-25-3 du Code de la Sécurité sociale prévoit en effet la situation des titulaires de carte de séjour « retraité » lors des séjours en France (incluant les départements d'Outre-Mer). Si la personne bénéficie d'une pension de retraite de droit français, sans avoir cotisé au moins 15 ans, elle ne bénéficie pas de l'assurance maladie. Si elle a cotisé 15 ans ou plus, elle bénéficie de l'assurance maladie mais limitée aux seuls « soins immédiats » (soins inopinés).



• **Certains titulaires de la carte de séjour « retraité » peuvent cependant être considérés comme « résidant en France » au sens du droit social et fiscal (voir Panorama et notions clés page 124) :**

- les titulaires de carte de séjour « retraité » sont autorisés à vivre en France « par période d'un an maximum » (article L 317-1 Ceseda), et certains résident ainsi l'essentiel du temps en France. Il est donc possible qu'un titulaire de la carte de séjour « retraité » remplisse la condition de résidence en France exigée pour l'accès aux droits sociaux (art. L 111-1 et R 115-6 CSS combinés). La personne est alors éligible à toutes les prestations de Sécurité sociale de droit français (sous réserve d'en remplir les autres conditions);
- la condition de résidence exigible en droit social ne peut pas être écartée par le Ceseda. La notion de résidence habituelle en France pour les prestations sociales, calquée sur le droit fiscal, est une condition de fait. Le titulaire d'une carte de séjour « retraité » vivant en France y déclare et y paie ses impôts.

Dans un arrêt du 14 janvier 2010 (2^e Civ., n°08-20782), la Cour de cassation précise qu'un titulaire d'une carte de séjour mention « retraité » peut bénéficier d'une prestation sociale soumise à obligation de « résidence stable et régulière » [l'ASPA en l'espèce] dès lors qu'il démontre cette résidence de fait. Il en est de même pour un Algérien titulaire du certificat de résidence algérien mention « retraité » (Cour de cassation, 2^e Civ., 21 octobre 2010, n°09-14536 ; en ce sens voir la circulaire CNAV n°2010/49 du 6 mai 2010).

- **Les titulaires de la carte de séjour « retraité » résidant en France ont ainsi droit à l'assurance maladie au titre de la « CMU de base »,** ce que ne prévoit pas la circulaire ministérielle (n°DSS/2A/DAS/DPM 2000-239) du 3 mai 2000 (car antérieure aux décisions de la Cour de cassation qui indique dans son annexe : « Catégories de personnes n'ayant pas vocation à relever de la couverture maladie universelle (base et complémentaire). [...] 2- Ressortissants de nationalité étrangère titulaires d'une carte de séjour « retraité ». Les intéressés ne sont pas éligibles à la couverture maladie universelle de base. Lors de leur séjour en France, les intéressés ont droit aux soins dans les conditions prévues par la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile. ». Cette exclusion de principe doit être remise



en cause si la condition de résidence habituelle en France est de fait remplie, les personnes concernées étant susceptibles de remplir les conditions du Code de la sécurité sociale pour bénéficier de l'assurance maladie au titre de la « CMU de base »

(voir page XXX) :

- la condition de résidence régulière (L 380-1 et R380-1 CSS) : le titulaire d'une carte de séjour mention « retraité » est incontestablement en règle au sens de la législation sur le séjour des étrangers (sous réserve, au moins 1 fois par an, de sortir de France et d'y revenir);
- la condition d'ancienneté de présence de 3 mois (« stabilité » du séjour; L 380-1 et R 380-1 CSS) : le titulaire d'une carte de séjour retraité ne sera assurable qu'à partir du 4^e mois de présence en France (attention, cette condition n'est à satisfaire qu'au moment de la fixation de la résidence habituelle en France, et non pas à chaque nouvelle entrée suite à des séjours temporaires hors de France; voir page 138);
- la condition de résidence habituelle en France (L 111-1 et R 115-6 CSS). Le titulaire d'une carte de séjour « retraité » sera éligible à la « CMU de base » dès le début du 4^e mois (condition de stabilité) sous réserve, a posteriori, de démontrer avoir établi en France son foyer permanent, ou de manière plus évidente de démontrer sa résidence en France pour une durée supérieure à 183 jours étalés sur une année civile.

ATTENTION

l'octroi de droits sociaux en France (par exemple l'assurance maladie « sur critère de résidence ») risque d'empêcher le renouvellement du titre de séjour « retraité » dès lors que la personne ne remplira plus la condition de résidence hors de France nécessaire au renouvellement de ce titre de séjour.



Synthèse sur la protection maladie des titulaires de carte de séjour mention « retraité »

<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle affiliation à l'assurance maladie sur critères socioprofessionnels (activité professionnelle ou pension de retraite) 	<p>NON</p> <p>Soit (le plus souvent) parce qu'ils ne sont plus travailleurs, soit en toute hypothèse parce que la carte de séjour « retraité » ne figure pas dans la liste des titres exigibles (D 115-1 CSS)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Affiliation en tant qu'ayant droit d'un membre de famille assuré social en France 	<p>NON</p> <p>La carte de séjour « retraité » ne figure pas dans la liste des titres de séjour autorisés pour être ayant droit majeur (D 161-15 du Code de la Sécurité sociale)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nouvelle affiliation en tant qu'assuré au titre de la CMU de base (L 380-1 du Code de la Sécurité sociale) 	<p>POSSIBLE</p> <p>si présence en France au moins 6 mois par an ou si foyer permanent en France; et avec paiement éventuel d'une cotisation.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Si pas de CMU de base : assurance maladie limitée aux soins inopinés 	<p>Uniquement si 15 ans de cotisation à la retraite (L 161-25-3 du Code de la Sécurité sociale)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bénéfice de l'Aide médicale État 	<p>NON</p> <p>La condition de séjour irrégulier n'est pas remplie (sauf séjour en France d'une durée supérieure à 1 an ininterrompu)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Bénéfice du fonds pour les soins urgents et vitaux 	<p>NON</p> <p>idem AME</p>

RÉSIDENCE HORS-DE-FRANCE ET ACCORDS INTERNATIONAUX DE SÉCURITÉ SOCIALE (VOIR PERSONNES BÉNÉFICIAIRES DE DROITS DANS UN AUTRE ÉTAT, PAGE 198.)

• **En cas de séjour temporaire en France (hors soins programmés).** Les personnes assurées dans leur pays de résidence peuvent soit utiliser leur carte européenne d'assurance maladie (personne assurée dans un pays EEE ou en Suisse), soit faire jouer une éventuelle convention bilatérale de Sécurité sociale. Dans le cas de l'Algérie (et du Maroc), la convention franco-algérienne (et franco-marocaine) limite ce cas de figure au salarié (et à certaines conditions, à ses ayants droit) – **ce qui exclut les pensionnés notamment retraités, et fonctionnaires** – pour les seuls soins inopinés, ou avec entente préalable de la caisse algérienne (ou marocaine) pour des soins programmés notamment pour le suivi d'une maladie chronique.



• **En cas de transfert de résidence en France.** Si des droits sont exportables vers la France, l'organisme du pays de provenance doit émettre un document à destination de la caisse française mentionnant le maintien et transfert des droits. Pour les pays UE et assimilés, il s'agit du formulaire S1 - anciennement E106, E109, E120, E121. Selon la convention franco-algérienne de Sécurité sociale, les pensionnés (retraités) algériens de droit algérien (exclut les salariés et fonctionnaires) pourraient prétendre exporter des droits aux prestations en nature de l'assurance maladie à l'aide du formulaire SE 352-08 II. Mais en pratique (selon le Cleiss, centre des liaisons européennes et internationales de Sécurité sociale), les caisses algériennes considèrent que la convention franco-algérienne ne s'applique pas dans ces situations.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Catred,
*Justice et dignité
pour les retraité(es)
immigré(es),* Lettre n°3,
octobre 2012,
<http://www.catred.org>

Catred, *L'accès aux
droits sociaux des vieux
migrants : un chemin
semé d'embûches ;*
[http://www.catred.
org/L-acces-des-vieux-
migrants-aux.html](http://www.catred.org/L-acces-des-vieux-migrants-aux.html), mars
2009

Unaf, *Le Guide
du retraité étranger,*
[http://unaf.org/
droitssociaux.html](http://unaf.org/droits sociaux.html)



SOINS ET PRÉVENTION

« Pour des personnes en situation d'exil et d'exclusion, la consultation médicale représente une opportunité rare d'échange autour des questions de prévention. »

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT DE 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. 9*, 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. 67*).



Voir aussi *Droit au séjour pour raison médicale*, p. 9 et *Éloignement des étrangers*, p. 67

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. 67).

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 1 655 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 novembre 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. 67), 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 souvent 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 modèle p. 228*).



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. 35).

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 circonstanciée 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. 9*).



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 (article 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. 21). Un tel refus d'enregistrement lié à ce motif peut faire l'objet d'une procédure contentieuse (TA Toulouse, référés, 6 octobre 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. 21*). 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. 46). 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
d'activité et
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.

PÉRINATALITÉ

Les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale influencent considérablement l'état de santé de l'enfant et de sa mère ainsi que leur avenir. La précarité qui affecte de nombreux migrants/étrangers peut ainsi avoir un retentissement important sur la périnatalité, de même que les conséquences psychosociales liées à l'exil. Les missions de protection et de promotion de la santé de l'enfant et de la famille sont assurées par chaque département dans le cadre du dispositif PMI, anciennement « protection maternelle et infantile ».



Voir aussi *Vulnérabilité et épidémiologie, guide 2008*

Définition

La période périnatale a été définie initialement par l'OMS d'un point de vue épidémiologique, notamment pour permettre des comparaisons internationales en termes de mortalité. Il s'agit de la période située entre la vingt-huitième semaine de grossesse (environ 6 mois) et le septième jour de vie après la naissance. Aujourd'hui, le terme de périnatalité – littéralement « autour de la naissance » – couvre la période « avant, pendant et après la naissance » dans une acception plus large que la définition épidémiologique. Le plan périnatalité 2005-2007 conduit une réflexion sur tous « les événements survenant pendant la grossesse, l'accouchement et la période néonatale ». Le terme « après la naissance » peut aller jusqu'à 3 ans pour certains auteurs.

LA MATERNITÉ AU REGARD DE L'EXIL

- **Grossesse et maternité.** Pour toute femme, la maternité est une période particulière avec une organisation psychique qui lui est propre. Dès 1956, Winnicott décrit « *la préoccupation maternelle primaire* » comme un état psychologique très particulier d'hypersensibilité, qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une. Cet état particulier provoque régression, dépendance à l'environnement qui rend la future

mère plus vulnérable et plus fragile. La maternité force la femme à réinterroger son histoire, sa place dans une lignée générationnelle, son identité même. Elle met à l'épreuve la solidité de ses assises narcissiques et sa capacité à mettre l'Autre en perspective.

• **Devenir mère en situation d'exil.** Le vécu de rupture et de perte associé à l'expérience migratoire peut être réactivé par la grossesse et le devenir traumatique. Expérience de solitude intérieure, la grossesse requiert le concours et la chaleur d'autres femmes – sa propre mère mais aussi ses sœurs ou ses collègues – qui peuvent permettre l'identification à une image maternelle positive. En situation d'exil, l'absence du groupe de femmes peut rendre difficile l'accueil de l'enfant et compromettre les premiers liens. La présence de sa propre mère ou d'une autre femme suffit souvent à offrir le cadre dont la future mère a besoin pour se sentir en sécurité.

• **L'état de fragilité intense provoqué par l'exil peut être redoublé par celui de la maternité nouvelle,** maternité qui peut être un espoir de renaissance par et à travers la mise au monde de l'enfant dans un lieu nouveau. Certaines femmes ont des difficultés à parler de l'enfant avant sa naissance. Pour les femmes migrantes, il peut être difficile de se représenter son enfant dans un monde qui n'est pas le sien, où elles n'ont pas toujours leur place. L'éloignement du groupe familial et la situation de précarité sont autant d'obstacles pour se projeter dans l'avenir.

• **Chez les femmes exilées, la prise en charge médico-psycho/sociale de la période périnatale est entravée par de multiples facteurs.** Les difficultés d'hébergement sont au premier plan : instabilité de la résidence chez les femmes exilées isolées (certaines sont prévenues par l'hôte que l'hébergement gracieux n'ira pas au-delà de l'accouchement), exposition du logement au risque du saturnisme (*voir p. 249*). L'absence de protection maladie, les difficultés de communication pour les migrantes non francophones et non anglophones (*voir Interprétariat, guide 2008*) contrarient également l'accès à la prévention et aux soins.



ÉPIDÉMIOLOGIE

• Disparités sociales et surveillance de la grossesse.

Les enquêtes nationales périnatales mettent en évidence depuis 2003 des inégalités sociales concernant la surveillance prénatale, la prévention et la santé à la naissance. La précarité et la pauvreté apparaissent particulièrement associées à des suivis médiocres, voire inexistant, de la grossesse. Elles entraînent notamment un retard dans l'accès aux soins (déclaration de grossesse hors délai), une réduction de l'accès au dépistage de la trisomie 21, une augmentation des pathologies durant la grossesse, un recours plus fréquent aux consultations d'urgence et des hospitalisations plus fréquentes lors de la grossesse. La précarité a également un impact important sur l'issue de la grossesse, avec une augmentation du risque de prématurité et de faible poids de naissance (hypotrophie).

• Santé périnatale des femmes étrangères en France.

Les femmes étrangères, en particulier les femmes d'Afrique subsaharienne, représentent une population à risque périnatal : elles sont plus âgées, la parité (nombre d'enfants) est plus élevée, le niveau d'études et de ressources issues d'une activité professionnelle est en moyenne plus faible que chez les femmes de nationalité française. Le risque de décès maternel est deux fois plus important pour l'ensemble des femmes non européennes et multiplié par plus de cinq pour les femmes ayant la nationalité d'Afrique subsaharienne (*voir encadré infra*). Le surrisque de mortalité est prononcé pour les complications de l'hypertension et les infections, leurs soins sont « moins optimaux » que ceux des Françaises (78 % versus 57 %, BEH 2012). Les femmes d'Afrique subsaharienne ont un taux plus élevé de césariennes, et présentent des risques de mortinatalité, de prématurité et d'hypotrophie plus élevés que ceux des femmes françaises.

Mortalité maternelle

La mortalité maternelle est le principal indicateur des conditions des soins et de l'accès aux soins en situation de périnatalité. D'après la classification internationale des maladies (CIM), la mort maternelle est « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais*



ni accidentelle, ni fortuite ». Le **taux de mortalité maternelle** est le rapport entre le nombre de décès maternels, observés sur une année, et les naissances vivantes de la même année.

Pour la période 2003-2007 (BEH, 2012), le taux de mortalité maternelle des femmes de nationalité française était de 7,9 pour 100 000 naissances vivantes versus 12,5 pour les femmes étrangères (7,6 pour les femmes d'Afrique du Nord et 21,8 pour les femmes d'Afrique subsaharienne).

PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO/SOCIALE

• **Repérer les situations de la grossesse.** Il arrive que des patientes enceintes n'évoquent pas directement la grossesse, c'est pourquoi l'interrogatoire médical doit systématiquement rechercher la date des dernières règles. Les femmes exilées, en situation de précarité, sont particulièrement à risque de développer des complications lors de la grossesse et de l'accouchement. La vigilance de chaque professionnel rencontré, dans le champ de la santé ou du social, est indispensable pour repérer et adapter au mieux le suivi de ces femmes. La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance développe et encadre davantage la prévention en essayant de détecter le plus précocement possible les situations à risque par des bilans réguliers. C'est notamment le rôle d'un entretien systématique au cours du 4^e mois de grossesse (**entretien prénatal précoce**), distinct des examens obligatoires de suivi médical de grossesse. Assuré par une sage-femme ou un médecin formé spécifiquement, il a pour objectifs de donner la parole aux femmes, d'ajuster les interventions médicales, sociales et psychologiques, de repérer précocement les facteurs de stress et d'organiser un réseau de soin personnalisé pour assurer la continuité.

• **Favoriser l'intervention d'interprètes professionnels dans les dispositifs de prévention et de soins.** Pour les allophones, le recours à l'interprétariat professionnel est recommandé par le plan périnatalité 2005-2007 afin d'améliorer l'accès aux droits, l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial.

• **Favoriser l'accès aux droits.** La protection maladie est indiquée en admission immédiate CMU-C ou en instruction prioritaire AME (voir *Protection maladie*, p. 158 et p. 181). Les soins délivrés pour la grossesse à l'hôpital peuvent être pris en charge au titre du Fonds pour les soins urgents et vitaux (voir *encadré infra*), mais



seule l'obtention d'une protection maladie permet la continuité des soins. Le recours au Fonds n'est ainsi justifié que pour les femmes exilées depuis moins de 3 mois et en séjour irrégulier.

Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'Aide médicale État (AME)

« Sont pris en charge dans ce cadre [soins urgents et vitaux] les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L 2122-1 et suivants du Code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né. » (voir Fonds pour les soins urgents et vitaux, p. 100).

• **Favoriser la stabilité de l'hébergement.** Des structures d'accueil doivent être mises à la disposition des femmes enceintes n'ayant pas de logement, ainsi que des mères avec leurs enfants qui se trouvent à la rue (Code de l'action sociale et des familles, art. L 221-2).

• **Orienter les femmes enceintes vers les dispositifs de PMI ou les maternités.** Une femme n'ayant eu aucun suivi de sa grossesse sera orientée vers les structures médicales adaptées selon le terme de sa grossesse. En PMI, médecins gynécologues et sages-femmes peuvent assurer la surveillance médicale pendant les 6 premiers mois de la grossesse en relation avec la maternité.

Une particularité parisienne : les structures d'accueil des PMI (SDA)

Localisées dans les maternités parisiennes de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), les SDA assurent trois missions :

- accueillir toutes les femmes enceintes non assurées sociales avant la première consultation prénatale;
- informer les femmes sur leurs droits à une protection maladie;
- inscrire et orienter toutes les femmes en situation de grande vulnérabilité psychosociale dans la maternité ou vers une autre maternité pour les femmes ne pouvant être inscrites dans l'établissement, faute de place.



• **Favoriser le travail en réseau.** Les réseaux périnataux permettent de faire connaître les compétences et les champs d'intervention de tous les professionnels et facilitent l'orientation adaptée des patientes (liste des réseaux de santé régionaux périnataux sur le site www.perinat-france.org). Créer du lien avec la femme et entre les professionnels est un préalable indispensable pour améliorer son accompagnement, garantir le meilleur accès aux soins et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance.

Prise en charge médicale des femmes enceintes

• **Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes** sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. **Le premier examen médical prénatal** doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement. **La déclaration de grossesse** doit être faite avant 15 SA (semaines d'aménorrhée). **Parallèlement à ce suivi médical, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées**, la première étant consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1^{er} trimestre (dit « du 4^e mois »).

• **Première consultation prénatale :**

- **consultation médicale** avec examen clinique (prise de la tension artérielle et mesure du poids);
- **dater la grossesse** : échographie de datation dans les cas incertains;
- **recherche des facteurs de risque**, ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète);
- **proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales** : dépistage combiné du 1^{er} trimestre de la grossesse associant mesure de la clarté nucale (échographie réalisée entre 11 et 13 SA) et dosage des marqueurs sériques;
- **prévenir les malformations du tube neural (jusqu'à 8 SA)** : complément nutritionnel, supplémentation en folates, à raison de 400 µg/jour;
- **information sur le suivi général de la grossesse et élaboration d'un projet de naissance avec la femme enceinte ou le couple**, complétées lors de l'entretien individuel ou en couple du 4^e mois et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité;
- **examens obligatoires** : glycosurie et protéinurie, sérologies toxoplasmose, rubéole et syphilis, détermination du groupe



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, recommandations professionnelles, mai 2007

HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*, recommandations professionnelles, novembre 2005

Inpes, *Le Guide de l'allaitement maternel*, www.inpes.sante.fr

Perbos P., Topuz B., *Le Guide du bébé, Bien accompagner bébé de 0 à 1 an*, Librio, 2€

Inpes, *Guide du PNNS (nutrition) pour les parents d'enfants et d'adolescents*, www.inpes.sante.fr

Diverses affiches et brochures de prévention d'accidents de la vie courante sont disponibles gratuitement auprès de l'Inpes, www.inpes.sante.fr

sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières;
- **examens à proposer systématiquement** :
échographie (entre 11 et 13 SA), sérologie VIH 1 et 2.

• Examens au cours de la grossesse :

- chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche d'albuminurie et de glycosurie;
- deux autres échographies obstétricales pour un examen morphologique (entre 20 et 25 SA) et pour le dépistage des malformations curables à la naissance (entre 30 et 35 SA);
- la sérologie toxoplasmose sera répétée chaque mois à partir du 2^e examen si l'immunité n'est pas acquise.

• **Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.**

PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI, VOIR CENTRES DE PRÉVENTION, GUIDE 2008, ET RÉPERTOIRES RÉGIONAUX)

Dans chaque département, les services de protection maternelle et infantile organisent des consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, qui participent à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfant (art. R 2112-1 du Code de la santé publique, CSP). Leur répartition géographique tient compte des spécificités socio-démographiques du département, et en particulier de l'existence de populations vulnérables. Une ou plusieurs des activités suivantes sont réalisées dans les centres de PMI (art. L 2112-2 du CSP) :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes, notamment des actions d'accompagnement, si celles-ci apparaissent nécessaires, lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés;
- des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées, à la demande ou avec l'accord des intéressés et en liaison avec le médecin traitant ou les services hospitaliers, pour les parents



en période postnatale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations;

- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de 3 à 4 ans notamment en école maternelle;
 - des activités de planification familiale et d'éducation familiale;
- De nombreuses PMI proposent en outre des services d'interprétariat pour les migrants non francophones.

SUIVI MÉDICAL ET PRÉVENTIF DES NOURRISSONS (VOIR AUSSI VACCINATION, GUIDE 2008)

• **La maternité délivre aux parents un carnet de santé où figurent les premières informations sur la santé de l'enfant.** Le dépistage sanguin de cinq maladies est organisé à la maternité aux environs du 3^e jour : phénylcétonurie, hypothyroïdie congénitale, hyperplasie congénitale des surrénales, mucoviscidose et drépanocytose (*voir guide 2008*). Le suivi médical ultérieur de l'enfant peut être assuré par un centre de PMI, un pédiatre libéral, ou un médecin généraliste.

• **Attention aux accidents de la vie courante chez les nourrissons et les jeunes enfants.** Il peut être utile de délivrer des conseils pratiques pour prévenir les dangers domestiques pour l'enfant :

- ne jamais laisser un enfant seul dans une pièce avec une fenêtre ouverte;
- ranger les médicaments et les produits d'entretien dans des endroits inaccessibles pour les enfants;
- ne pas laisser des petits objets ou des petits aliments durs à la portée des enfants de moins de 3 ans;
- ne jamais laisser seul un enfant dans son bain;
- garder toujours une main sur l'enfant quand il est changé sur une table à langer;
- rester avec un enfant qui mange sur une chaise haute : la chaise peut se renverser et l'enfant peut glisser et tomber;
- les prises, appareils et fils électriques doivent être mis hors de portée;
- attention particulièrement à la cuisine, lieu de tous les dangers.

POUR LES ASPECTS JURIDIQUES ET SOCIAUX, VOIR MINEURS ÉTRANGERS ISOLÉS, GUIDE 2008

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Becker F., Roquet A., *La Maternité au regard de l'exil, Séminaire Périnatalité et interculturelité, Paroles sans frontières, 2007*

Colle-Bouvier M.-H., Collet M., *Périnatalité et santé des femmes,* in : *La Santé des femmes,* dir. Danet S. et Olier L., Drees coll. Études et statistiques, La documentation française, 2009

Deneux-Tharaux C., *Surmortalité maternelle des femmes de nationalité étrangère en France et qualité des soins obstétricaux,* Étude nationale 1996-2001, BEH n° 9, 77-80, 2009

Golse B., Bydlowski M., *De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie vers l'objectivation,* Carnet/ Psy n° 63, p. 30-33, 2001

Saurel-Cubizolles M.-J., *Santé périnatale des femmes étrangères en France,* BEH n° 2,3,4, 30,34, janvier 2012

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Née dans les années 1970 pour aider des patients diabétiques à gagner en autonomie en adaptant leur traitement à leurs besoins, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a été reconnue comme incontournable par l'OMS en 1996 pour l'ensemble des personnes atteintes de maladie chronique. Dans un contexte de précarisation sociale et administrative, les migrants malades doivent pouvoir accéder à des programmes d'ETP dans des lieux de prévention et de soin qui soient accessibles et permettent le recours à un interprétariat professionnel, chaque fois que c'est nécessaire.

Définitions de l'ETP

• L'OMS donne une définition générale de l'ETP en 1998 :

« L'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante, et de façon permanente, de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leur famille) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. »

En 2007, en France, la Haute Autorité de Santé (HAS) et l'Inpes réalisent un guide méthodologique sur la « construction d'un programme d'ETP »

qui propose une définition, des objectifs et des modes d'organisation pour mieux structurer l'ETP en France. Selon la HAS et l'Inpes :

« Les finalités de l'éducation thérapeutique du patient sont : l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et l'amélioration de sa qualité de vie et de celle de ses proches. L'acquisition et le maintien des compétences d'autosoins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation (compétences psychosociales).

L'ETP contribue à l'acquisition de compétences d'autosoins en lien avec la prise en charge de la maladie chronique, les besoins et les attentes du patient. »

• **Depuis la loi du 21 juillet 2009, l'éducation thérapeutique du patient est désormais inscrite dans le Code de la santé publique** (art. L 1161-1 à L 1161-4). La loi donne ainsi la possibilité de promouvoir et de développer, de façon pérenne et au plus près des lieux de vie de la population concernée, des programmes d'éducation thérapeutique du patient. L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soin du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie.

DÉROULEMENT DE L'ETP, AVEC L'ACCORD DU PATIENT

• **Diagnostic éducatif.** C'est un temps d'écoute pour laisser le patient s'exprimer. Comprendre ce qu'il connaît de sa maladie et comment il vit avec son affection et son traitement. Évaluer sa vie sociale et son environnement. Identifier ses besoins et ses attentes. Identifier les situations de vulnérabilité psychologique et sociale. Évaluer ses connaissances et prendre en compte ses projets.

• **Négociation d'objectifs.** Il s'agit pour le patient, dans son projet de soins, de prendre conscience de sa maladie, et de s'engager dans la mise en place de nouveaux comportements de santé. Le soignant pourra expliquer la maladie, le traitement, la surveillance et les complications de la maladie. Soignant et patient négocient les compétences à acquérir. Il faut prendre en compte la situation socio-administrative de la personne et éviter de surinterpréter certaines situations comme des résistances.

• **Intervention éducative.** Il s'agit ici d'expliquer la maladie, les mécanismes, le traitement, le bilan, les complications, avec des supports, quand cela est possible.



- **Évaluation des résultats avec des indicateurs précis.**

Faire le point avec le patient. Mesurer ce qu'il a compris, s'il a pu appliquer les conseils. Évaluer comment il s'adapte à sa pathologie.

- **La démarche éducative nécessite du temps.** Le patient, en fonction de son évaluation et de sa situation, aura peut-être besoin de faire des allers-retours. L'ETP vise également à renforcer l'autonomie des patients en termes d'orientation dans le système de santé et d'accès aux droits pour la continuité des soins. Cela implique une reprise éducative sur plusieurs mois, voire plusieurs années, pour certains patients.

APPROCHE COLLECTIVE ET APPROCHE INDIVIDUELLE

- **L'approche collective privilégie la parole, l'écoute et l'échange.**

L'objectif d'une réunion est d'expliquer en détail le programme proposé par les soignants. Elle permet aux malades de partager leurs expériences. Différents éléments de vulnérabilité individuelle peuvent rendre difficile l'inclusion d'emblée dans une réunion collective, et il est parfois préférable de privilégier dans un premier temps l'approche en individuel. L'animation des groupes est faite par un soignant formé à l'ETP. En cas de constitution de groupes d'autosupport, la réunion est animée par les personnes malades, le plus souvent en présence de professionnels.

- **Dans l'approche individuelle, il est indispensable de laisser le patient parler de son vécu personnel dans son pays d'origine ou en France,**

et de l'aider à restaurer sa confiance en lui. Suite à la réunion d'information inaugurale, il est important de proposer aux patients de participer, au moins, aux quatre consultations individuelles. Certains patients peuvent souhaiter éviter les réunions collectives, et l'éducation thérapeutique ne comporte alors que des séances individuelles.

- **La première consultation individuelle est dédiée au diagnostic éducatif.**

C'est un état des lieux pour mieux comprendre où et comment vit le patient. Il s'agit d'évaluer ensemble quelles explications, quels conseils le patient a pu avoir par rapport à sa maladie et dans quelle mesure il peut suivre ces conseils. Si nécessaire, une seconde séance est destinée à réaliser le diagnostic éducatif. Le dossier dédié à l'ETP permet de partager cette démarche avec l'ensemble des soignants investis dans le suivi du patient.



• **Les consultations suivantes auront pour but d'expliquer la maladie, le traitement, de mettre en place les objectifs pour améliorer la qualité de vie des personnes** et pour qu'elles puissent mieux maîtriser leur maladie. Il est nécessaire de distinguer le cadre de l'ETP et celui des réponses aux demandes de soutien liées au contexte de précarité, effectuées par les autres acteurs de la prise en charge (service social, association...). Une deuxième évaluation du diagnostic éducatif est proposée entre 6 et 8 mois après la première consultation, afin d'apprécier l'évolution. Les réunions collectives peuvent être poursuivies de manière complémentaire à ces consultations individuelles.

DIFFICULTÉS ET RECOMMANDATIONS

• **Le contexte de l'exil et de la précarité sociale peut perturber le travail sur l'ETP** (voir *Exil et santé, guide 2008*) :

- absence d'une protection maladie efficace (voir p. 90), avec ruptures de la continuité des soins ;
- Insuffisance de ressources financières, avec restriction sur les déplacements ;
- dépendance, notamment pour les personnes âgées qui viennent souvent accompagnées aux consultations, avec limitation des déplacements selon la disponibilité des accompagnateurs ;
- difficultés d'alimentation : de nombreux malades en situation précaire sont hébergés chez des compatriotes, et il leur est difficile d'adapter la nourriture à leur problème de santé. Il en est de même pour les personnes qui récupèrent des colis alimentaires dans les associations caritatives. Dans un tel contexte, la prise de trois repas équilibrés se révèle impossible et le patient ne prendra pas ses médicaments s'il n'a rien à manger. Les conditions de confection des repas dans les hébergements collectifs précaires sont également peu compatibles avec des régimes individuels ;
- difficultés liées à la pression réelle ou supposée des compatriotes en cas de non-respect de rituels religieux, en dépit des dispenses prévues pour les malades ;
- difficultés liées à l'isolement social et relationnel, et/ou aux troubles psychiques fréquents chez les exilés. Il est parfois indiqué de suspendre les consultations d'ETP et de proposer le recours au psychologue.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Assal J.P.,

Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge.
Paris, Encycl Méd Chir, Elsevier, 1996

HAS, INPES, *Guide méthodologique. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques*, 2007

Larrey D., *Un exemple d'éducation thérapeutique par une infirmière sur l'observance et l'efficacité du traitement par bithérapie peginterferon alpha 2-ribavirine dans l'hépatite C : protocole PEGOBS, BEH n° 29-30, 2012*
www.invs.sante.fr/publications

RECOMMANDATIONS POUR AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE L'ETP

Ministère de la Santé

Foire aux questions relative aux programmes d'éducation thérapeutique du patient

<http://www.sante.gouv.fr/foire-aux-questions-relative-aux-programmes-d-education-therapeutique-du-patient,7243.html>

- **Pluridisciplinarité.** Les informations relatives à l'ETP doivent être partagées avec les autres acteurs médico-sociaux intervenant dans le soin et l'accompagnement du malade.

- **Interprétariat professionnel.** Indispensable en cas de non-partage de la langue avec le patient. Il est souhaitable d'informer l'interprète sur l'ETP avant de commencer ce travail. En pratique, travailler avec le même interprète au cours du suivi est préférable, pour le patient comme pour le professionnel.

- **Temps d'écoute et de partage.** L'annonce d'une maladie chronique peut constituer un traumatisme d'autant plus important que la personne se trouve déjà dans une situation de grande vulnérabilité sociale et administrative. Comme les autres consultations auprès des personnes en situation d'exil, les consultations dédiées à l'ETP doivent intégrer les dimensions de la relation et de la réassurance indispensables pour certains patients.

- **Comorbidités.** Les patients atteints de plusieurs pathologies sont suivis par plusieurs médecins spécialistes. L'ETP permet de donner des explications sur leurs problèmes de santé, les traitements, dans le même lieu, pendant la même consultation si besoin. Une discussion et/ou explication pourra être faite sur tous les médicaments que le patient prend, et/ou autour des résultats des bilans médicaux.

- **Outils pédagogiques.** Pour les personnes ayant des difficultés à lire, il est préférable d'utiliser des outils en images. Même pour une personne qui sait lire et écrire, les images aident à comprendre et lui permettent de se rappeler plus facilement des explications qu'on lui donne.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Miller L.V., Goldstein V.,
*More efficient care of
diabetic patients in
county-hospital setting,*
N Engl J Med 1972;
286 : 1388-97

OMS-Europe,
*Therapeutic patient
education - Continuing
education programmes
for health care providers
in the field of chronic
disease, 1996 (traduit
en français en 1998)*

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

La carie (altération de la dent) et la parodontopathie (gingivite et atteinte de l'os) constituent les principales maladies bucco-dentaires qui touchent la population générale. Pourtant, la prévention est très efficace pour éviter ces maladies. Les traitements précoces évitent les phases douloureuses, la perte des dents, les complications générales. Certaines pathologies chroniques (diabète, infection par VIH...) ont des conséquences importantes au niveau buccal, favorisant la mobilité des dents et les difficultés de nutrition, en particulier si elles sont associées à un mauvais état de santé bucco-dentaire.

ÉPIDÉMIOLOGIE

• **Dans le monde, de 60 à 90 % des enfants scolarisés et près de 100 % des adultes ont des caries.** On relève chez 15 à 20 % des adultes d'âge moyen (35-44 ans) des parodontopathies sévères (pathologies touchant les gencives), pouvant entraîner la perte de dents. Dans l'ensemble, près de 30 % des personnes de 65 à 74 ans n'ont plus de dents naturelles. Les affections bucco-dentaires chez les enfants et les adultes sont plus répandues dans les groupes de population démunis et défavorisés. Parmi les facteurs de risque d'affections bucco-dentaires figurent une mauvaise alimentation, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool et une hygiène insuffisante de la bouche. Il est possible de prévenir les caries en utilisant plusieurs fois par jour un dentifrice fluoré.

• **En France, il existe peu d'études épidémiologiques chez les adultes.** Les quelques études disponibles montrent que la proportion d'adultes avec au moins une dent cariée à traiter était comprise entre 33 % et 50 %. Par ailleurs, il existe une corrélation entre la présence de carie et la catégorie socioprofessionnelle ou la situation de précarité.

CLINIQUE

• **Caries.** La carie est provoquée par l'attaque acide de la dent, due à la concomitance de sucres et de bactéries dans la « plaque dentaire » (dépôt mou à la surface de la dent, éliminé par brossage). Les premiers symptômes sont des douleurs au chaud, au froid et au sucre, qui évoluent spontanément vers une inflammation de la pulpe avec des douleurs spontanées. Puis l'infection se propage dans la pulpe, les racines et au-delà. Des manifestations infectieuses sont alors fréquentes (abcès, granulomes, kystes, cellulites, adénopathies, fistules), avec le risque de diffusion bactérienne au niveau cardiaque (endocardites), rénal, articulaire, des sinus... À tous les stades, la pathologie peut passer par des phases asymptomatiques, dangereuses car elles laissent penser – **à tort** – au patient qu'un processus de guérison spontanée est en cours.

• **Parodontopathies.** L'origine la plus fréquente des parodontopathies est la présence de plaque dentaire et la transformation de celle-ci en tartre (calcification par les sels minéraux salivaires). Elle débute par une inflammation réversible de la gencive (gingivite : rougeurs et saignements), et se poursuit par la destruction de l'os qui soutient la dent. Sans traitement, les parodontopathies évoluent vers la mobilité puis la chute des dents.

Conseils de prévention :

- éviter la multiplication des prises de sucre dans la journée (4 prises au maximum);
- arrêter de fumer et diminuer la consommation d'alcool afin de réduire le risque de cancer buccal, de parodontopathie et de déchaussement des dents;
- consommer des fruits et des légumes qui jouent un rôle protecteur contre le cancer de la bouche;
- brosser les dents 2 fois par jour avec un dentifrice fluoré, le fluor est antibactérien, diminue l'acidité et favorise la reminéralisation de l'émail;
- faire une visite chez le dentiste une fois par an pour un dépistage et des soins précoces.



PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

• **Soins de la carie.** Au début, la dent est soignée et reconstituée par amalgame ou résine composite. Si la pulpe est atteinte, la dent est dévitalisée, et une couronne peut alors être nécessaire. La couronne est une prothèse fixe qui recouvre la dent, en métal (dents postérieures) ou en céramique (dents antérieures). Lorsqu'une dent est trop abîmée, elle est extraite. Les soins et extractions pratiqués sous anesthésie locale sont théoriquement indolores.

• **Remplacement des dents absentes.** La prothèse peut être fixe (bridge), à condition que l'état des dents restantes servant de piliers de part et d'autre de la dent(s) manquante(s) le permette. L'autre solution est la réalisation d'un appareillage mobile soit en résine (pour des édentations complètes ou très étendues), soit sur une base métallique (stellite).

• **Parodontopathies.** Le détartrage est le premier et principal traitement. En cas de pathologies sévères, un traitement chirurgical peut être envisagé.

• **Dans toutes les pathologies, l'hygiène bucco-dentaire est la mesure qui permet, après les soins, d'éviter une évolution ou une récursive.**

ACCÈS AUX SOINS DENTAIRES (VOIR PROTECTION MALADIE, P. 116)

Accès aux soins dentaires selon le niveau de protection maladie (voir p. 116) :

- la complémentaire-CMU, accessible rapidement selon la procédure d'admission immédiate (voir p. 159), permet la prise en charge en totalité et la dispense d'avance des frais pour les soins dentaires, les extractions, les détartrages, les couronnes en céramique sur les dents antérieures, les couronnes métalliques sur les dents postérieures, les prothèses amovibles. Le tarif des prothèses est plafonné. Certains actes ne sont pas pris en charge (ex. : chirurgie parodontale, prothèses provisoires...). D'autres peuvent faire l'objet de dépassements d'honoraires (ex. : intermédiaires de bridges, couronnes céramiques sur dents postérieures...). Il est possible de solliciter une aide financière auprès de la CPAM (formulaire de demande de prestations



supplémentaires et d'aides financières individuelles);

- l'**Aide médicale État (AME)**, accessible rapidement selon la **procédure d'instruction prioritaire** (voir p. 180), permet aussi la prise en charge en totalité et la dispense d'avance des frais pour les soins dentaires, les extractions et les détartrages. Mais la prothèse n'est prise en charge que dans la limite du tarif de base de la Sécurité sociale, et le supplément est à la charge du patient, autant dans les cabinets privés que dans les centres de santé;

- **en l'absence de protection maladie**, notamment pour les étrangers non demandeurs d'asile résidant en France depuis moins de 3 mois, les PASS des hôpitaux publics doivent délivrer l'ensemble des soins et prothèses nécessaires (voir *Permanences d'accès aux soins de santé*, p. 96), ce qui s'avère souvent difficile dans la pratique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

AOI, *Santé dentaire, solidarité et développement*, www.aoi-fr.org

HAS, *Stratégie de la prévention de la carie dentaire. Synthèse et recommandations*, mars 2010

OMS, *Santé bucco-dentaire, Aide-mémoire n° 318*, avril 2012

• **Les patients ayant besoin de soins simples** (quelques caries, détartrages, un nombre limité d'extractions...) peuvent être pris en charge dans un cabinet dentaire de proximité.

• **Pour les réhabilitations complexes (besoin de prothèse) ou lorsqu'il y a des difficultés particulières (pertes de repères, difficultés de communication...)** : la prise en charge dans un centre médico-social peut être plus adaptée.

• **Si le plan de traitement prévoit des actes chirurgicaux importants (nombre élevé d'extractions) ou si le patient présente une pathologie générale**, les services hospitaliers de stomatologie sont plus appropriés.

SATURNISME

Le saturnisme correspond à l'intoxication par le plomb, un métal lourd aux effets toxiques, tout particulièrement sur le système nerveux, même à de faibles doses. Cette intoxication a des conséquences graves et définitives sur le développement psychomoteur de l'enfant. On peut évaluer l'importance de l'imprégnation de l'organisme par le plomb en mesurant le taux de plomb dans le sang, appelé plombémie. Le cas de saturnisme chez l'enfant est ainsi défini par une plombémie supérieure ou égale à 100 µg/l (microgrammes par litre). Le saturnisme de l'enfant et de la femme enceinte est un problème majeur de santé publique, de même que le saturnisme professionnel. Le seul moyen de lutter efficacement contre l'intoxication au plomb est la prévention primaire, c'est-à-dire la suppression de l'exposition aux risques et l'intervention avant l'intoxication.

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Le plomb ingéré ou inhalé est stocké dans les os où sa demi-vie est de dix à vingt ans.** Il sera relargué tout au long de la vie, tout spécialement pendant la grossesse durant laquelle le plomb passe la barrière placentaire. Les petites filles qui s'intoxiquent aujourd'hui intoxiqueront donc leur fœtus en cas de grossesse.
- **Les sources du plomb sont multiples :** peintures anciennes (logements construits avant 1949), atmosphère, eaux de boisson (canalisations anciennes), sites industriels, professions et activités de loisir (tir, céramique, poterie, etc.), alimentation (aliments contaminés suite aux retombées atmosphériques ou par les sols), cosmétiques ou remèdes traditionnels.

• **Depuis les années 1980, des cas de saturnisme ont été découverts chez des jeunes enfants vivant dans des immeubles anciens, vétustes et souvent insalubres,**

où d'anciennes peintures contenant du plomb sont accessibles sous forme d'écaillés ou de poussières. Les jeunes enfants sont particulièrement exposés car ils portent tout ce qu'ils touchent à leur bouche. De plus, l'absorption digestive du plomb est plus importante chez eux. Enfin leur système nerveux en plein développement les rend tout particulièrement sensibles aux effets toxiques du plomb. Les niveaux croissants de plombémie sont corrélés à des scores décroissants pour les indices globaux du développement intellectuel : les résultats de méta-analyses donnent une fourchette de 1 à 3 points de baisse du QI pour une augmentation de 100 µg/l de la plombémie (Needleman et Gatsonis, 1990).

• **En France métropolitaine, le nombre d'enfants de 1 à 6 ans touchés (au-delà du seuil de 100 µg/l) est passé de 84 000 en 1995-1996 à 4 400 en 2008-2009.** Cette estimation de 0,11% effectuée par l'Institut de veille sanitaire correspond à 5 330 enfants, si l'on inclut la Guadeloupe, la Martinique et l'Île de La Réunion. Le dépistage réalisé par les médecins permet encore de détecter environ 300 nouveaux cas par an.

• **En Île-de-France, 87% des enfants dépistés avaient des parents originaires d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord et du Proche-Orient, et la plupart vivaient dans un habitat dégradé antérieur à 1949.** En 2009, à la suite de l'hospitalisation d'un enfant intoxiqué près de Saint-Denis de La Réunion, l'agence régionale de santé s'est mobilisée rapidement et 76 cas de saturnisme ont été dépistés au sein de 87 familles qui vivaient dans le même milieu que le 1^{er} enfant intoxiqué. Toutes les familles ont été relogées.

CLINIQUE, DIAGNOSTIC ET DÉPISTAGE

• **Chez l'enfant, la symptomatologie est souvent absente ou tardive, et lorsqu'elle existe, elle est non spécifique (symptômes neurologiques, digestifs et anémie).** En dehors de l'encéphalopathie saturnine, lors d'intoxications sévères survenant en cas de plombémie supérieure à 450 µg/l (hypertension intracrânienne avec convulsions), on peut observer :

- des troubles digestifs vagues : anorexie, douleurs abdominales récurrentes, constipation, vomissements ;



- des troubles du comportement (apathie ou irritabilité, hyperactivité), des troubles de l'attention et du sommeil, des mauvais développement psychomoteur, de légers retards intellectuels, des difficultés d'apprentissage;
- une pâleur en rapport avec l'anémie.

• **Chez les femmes enceintes**, le plomb augmente les risques d'avortement, d'hypertension artérielle, de retard de croissance intra-utérine et provoque une altération du développement cérébral du fœtus.

• **Le dépistage repose sur le repérage des enfants et des femmes enceintes exposés, par une démarche ciblée,**

prenant en compte des facteurs de risque individuels et environnementaux :

- séjour (domicile ou autres lieux de vie comme l'école) dans un logement dégradé datant d'avant 1949;
- écailles de peinture accessibles;
- travaux de rénovation dans un lieu de vie de l'enfant;
- proximité d'une source d'exposition industrielle;
- profession ou activités de loisir des parents à risque;
- frère, sœur ou camarade intoxiqué;
- famille en situation de précarité;
- immigration récente;
- population itinérante;
- pour les femmes enceintes, antécédents d'intoxication dans l'enfance.

Cette démarche exige des actions conjointes des services publics (services sociaux, hygiène, logement) et de santé (PMI, médecins généralistes, pédiatres, santé scolaire, hôpitaux et administrations de la santé).

• **Le diagnostic repose sur la plombémie.** Le dosage doit être réalisé par un laboratoire de référence. En France, un cas de saturnisme est défini chez l'enfant par une plombémie $\geq 100 \mu\text{g/l}$, bien qu'il n'y ait pas d'effet de seuil pour la toxicité du plomb et que des études récentes aient montré une atteinte du quotient intellectuel avec des plombémies inférieures à cette valeur.



PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

• **Une surveillance renforcée du développement neuropsychologique est nécessaire pour les enfants dont la plombémie est supérieure ou égale à 100 µg/l.** La prise en charge de l'enfant présentant des troubles du développement n'est pas spécifique, quelle qu'en soit la cause. Le traitement médicamenteux par chélation n'est efficace que pour les plombémies les plus élevées (supérieures à 250, voire à 450 µg/l).

• **La prise en charge est complétée par :**

- des conseils diététiques : une carence en fer (carence martiale) ou en calcium augmentant l'absorption digestive du plomb, il convient de prévoir une supplémentation de l'alimentation ;
- et des mesures d'hygiène, en particulier relatives au logement.

• **Au-delà de 100 µg/l, la déclaration du cas de saturnisme est obligatoire et des mesures de prévention sont prises au niveau individuel et collectif, afin de supprimer les sources de pollution.** En application de la législation, une enquête sur l'environnement du mineur doit notamment être réalisée, pour déterminer l'origine de l'intoxication. Dans les cas où des revêtements dégradés contenant du plomb à des concentrations supérieures aux seuils réglementaires sont susceptibles d'être à l'origine du cas de saturnisme, les travaux d'éradication de ces sources d'exposition doivent être réalisés par des entreprises agréées, si nécessaire en l'absence des occupants pour ne pas aggraver l'exposition lors des travaux.

• **Des conseils d'hygiène sont à donner aux personnes responsables de l'enfant atteint ou à la femme enceinte, dans l'attente de la suppression de la source d'exposition** (nettoyage des pièces avec une serpillière humide, lavage fréquent des mains et maintien des ongles courts, etc.).



Plombémie	Conduite à tenir et prise en charge
< 100 µg/l	Bilan clinique et numération. Traitement des carences en fer et calcium.
	Enfant : suivi de la plombémie tous les 6 mois à 1 an jusqu'à l'âge de 6 ans.
	Femme enceinte : contrôle de la plombémie tous les 3 mois. Information sur les risques.
> 100 µg/l	Bilan clinique et numération. Traitement des carences en fer et calcium.
	Déclaration obligatoire. Protection maladie, si besoin CMU-C en admission immédiate (<i>voir p. 154</i>). Demande d'exonération du ticket modérateur (ALD hors liste).
	Femme enceinte
100-349 µg/l	Supplémentation du régime alimentaire si nécessaire. Contrôle de la plombémie au moins une fois par trimestre pendant les 6 premiers mois de la grossesse, mensuellement ensuite. Discussion de l'indication de l'allaitement maternel.
> 350 µg/l	Mêmes mesures que ci-dessus. Adresser la femme à une structure capable de discuter d'un traitement chélateur (milieu hospitalier).
	Enfant
100-249 µg/l	Contrôle de la plombémie tous les 3 à 6 mois.
250-449 µg/l	Adresser l'enfant à une structure capable d'évaluer l'intoxication et de discuter d'un traitement chélateur (milieu hospitalier). Contrôle de la plombémie tous les 1 à 3 mois.
> 450 µg/l	Hospitalisation en urgence (risque majeur d'encéphalopathie si > 700) pour un traitement par chélation (il augmente l'excrétion urinaire du plomb pour éviter la survenue de complications graves, potentiellement mortelles, mais il ne permet pas de restaurer les fonctions cognitives).

- **Le système de surveillance du saturnisme est coordonné par l'InVS** (Institut de veille sanitaire) et repose sur le médecin prescripteur, le laboratoire, le centre antipoison et le médecin inspecteur de santé publique de l'ARS (fiche de déclaration obligatoire sur www.invs.sante.fr/surveillance/mdo) :
 - tout enfant atteint doit bénéficier d'une surveillance renforcée du développement neuropsychologique, notamment aux âges clés : 9^e et 24^e mois, 3-4 ans et 5-6 ans en école maternelle. Le suivi doit être poursuivi au-delà de 6 ans. Il est recommandé de noter les résultats sur le carnet de santé de l'enfant ;
 - les femmes enceintes exposées au plomb ou intoxiquées dans l'enfance doivent être surveillées, avec un dosage de la plombémie au 4^e mois de la grossesse.



• **Aspects médico-juridiques et droit au séjour des parents d'un enfant atteint.** L'intoxication par le plomb est une maladie grave dont la surveillance et le traitement ne sont pas accessibles dans les pays en développement. Les parents sans-papiers d'un enfant atteint de saturnisme relèvent d'une régularisation comme accompagnateurs d'enfant malade. La demande doit être faite pour chacun d'entre eux et qualifiée au titre de la protection de la vie privée et familiale (L 313-11 7°) et non de la maladie (*voir Accompagnateurs de malades, p. 51*).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

AFVS, Association française des victimes du saturnisme, www.afvs.net

Anaes, Société française de pédiatrie, Société française de santé publique, *Intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte*, novembre 2003, conférence de consensus, Lille, www.sfpediatrie.com/upload/2/420/plomb%20court.pdf

Inserm, *Saturnisme, Quelles stratégies de dépistage chez l'enfant*, 2008

InVS, *Imprégnation des enfants par le plomb en France en 2008-2009*, BEH n° 2 du 27 mai 2010

Ministère de la Santé, www.sante.gouv.fr/informations-pour-les-professionnels-de-sante,2322.html

VOYAGE AU PAYS ET CONSEILS MÉDICAUX

Pour préparer de façon efficace un séjour transitoire dans le pays d'origine de façon à limiter au maximum les risques de santé des migrants-voyageurs, il faut prendre en compte certaines spécificités liées davantage à des contraintes financières souvent importantes qu'à des conditions socioculturelles. Comme dans toute consultation de conseil, il s'agit de cibler et de sélectionner les messages de prévention, de sorte que ceux-ci soient retenus et effectivement utiles au voyageur en fonction de sa situation.



Voir aussi *Vaccinations, guide 2008, et Parasitologie, p. 363*

LE CONTEXTE DU RETOUR AU PAYS

• **Le retour au pays est un événement important auquel aspirent la plupart des migrants résidant en France.** Selon le contexte du projet migratoire, cet événement peut être à la fois autant désiré que craint dans les situations où les retombées de ce projet, notamment lorsqu'il a été porté au niveau communautaire, ne sont pas à la hauteur des espérances. « Vu de là-bas », la dure réalité du quotidien en France n'est bien souvent pas perçue à la hauteur de ce qu'elle est. Ainsi, chez les migrants en situation précaire, au-delà du « mal du pays », le motif du retour au pays est souvent lié à un événement contraignant : deuil, événement familial, conflit à résoudre, démarches rituelles à effectuer... Ce contexte est important à prendre en considération, notamment pour des migrants parfois contraints de s'endetter lourdement pour mener à bien cette « obligation de retour », ce d'autant qu'il est difficilement concevable d'arriver au pays sans apporter des cadeaux à son entourage.

• **Sur le plan administratif, il faudra bien sûr vérifier que le statut du voyageur l'autorise à quitter le territoire, et à revenir au terme du voyage.** Si le départ ne pose pas de difficulté en pratique, le retour sera très aléatoire, voire impossible, y compris chez des patients suivis pour des problèmes de santé sévères ayant un traitement d'importance vitale. En pratique, les étrangers munis d'une autorisation provisoire de séjour (*voir APS, guide 2008*) ou d'un récépissé de demande/renouvellement d'une carte de séjour (*guide 2008*) doivent s'assurer, pour prévenir toute difficulté, que la date de retour précède largement la date de péremption du titre de séjour, et si possible prévenir la préfecture du voyage à venir. Ayant perdu la protection des autorités de leur pays d'origine, les réfugiés n'ont pas le droit de s'y rendre, mais il arrive que certains retrouvent des proches à l'occasion d'un voyage dans un pays limitrophe.

CONSEILS POUR LES VOYAGEURS N'AYANT PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ PARTICULIER

• **Comme pour tout voyageur, il faut prendre un certain nombre de précautions pour limiter les risques sanitaires.** Dans le choix de prévention, le médecin doit garder à l'esprit les contraintes financières parfois très importantes de certains de ces migrants-voyageurs. Dans la mesure où l'acte de prévention est peu valorisé et où les prescriptions afférentes ne sont, en règle, pas remboursées, ces limites financières sont d'autant plus contraignantes et paradoxales que la santé de ces voyageurs est affectée par des facteurs de vulnérabilité multiples (*voir Exil et santé, guide 2008*), et que les conditions de vie en zone rurale, pour ceux des migrants continuant à passer la majorité de leur séjour au village d'origine, exposent davantage à un certain nombre de maladies transmissibles. Ainsi, si le nombre de cas de paludisme d'importation est en diminution ces dernières années, les migrants représentent toujours environ près des trois quarts des cas diagnostiqués en France, alors que ces derniers sont très loin de représenter cette même proportion parmi l'ensemble des voyageurs. À côté des maladies transmissibles, d'autres risques sont également à prendre en considération, même si les moyens préventifs sont souvent limités, la traumatologie et les accidents de la circulation arrivant en tête des risques potentiellement sévères, bien avant les pathologies infectieuses.



• **Il faut éviter tout excès vaccinal en se limitant à la vaccination obligatoire ou indispensable** contre la fièvre jaune, en zone d'endémie (*voir carte infra*), et à la mise à jour de la vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite. La vaccination contre l'hépatite A n'a pratiquement aucun intérêt chez les migrants, plus de 90% d'entre eux étant immunisés. Le schéma de vaccination contre l'hépatite B (*voir p. 332*) est souvent incompatible avec le délai disponible avant le départ. Compte tenu d'un risque globalement faible, d'une efficacité imparfaite, et d'un traitement disponible, la vaccination contre la typhoïde peut être omise, particulièrement pour les séjours de durée brève. De même, les indications du vaccin contre la méningite (A/C/Y/W135) doivent être limitées à des séjours prolongés, en période de transmission (de janvier à mars), dans les zones endémiques sahéliennes et chez les enfants et adultes jeunes (en cas de pèlerinage à La Mecque, ce vaccin est obligatoire).

• **Chez les enfants et les adolescents accompagnants, la mise à jour du calendrier vaccinal français peut être intéressante**, en particulier la vaccination contre la rougeole. Lorsque l'injection d'un autre vaccin vivant (fièvre jaune) est nécessaire, un délai théorique de 28 jours doit normalement être respecté si les deux injections ne sont pas réalisées simultanément, néanmoins, en cas de départ imminent en zone d'endémie, les deux vaccins peuvent être réalisés à n'importe quel moment. Certaines PMI (*voir p. 231*) prennent en charge financièrement la vaccination contre l'hépatite A pour les enfants de migrants vivant en France. Cette vaccination est opportune si les enfants ne se sont jamais (ou peu) rendus dans le pays d'origine de leurs parents et n'ont donc pas eu l'occasion de s'immuniser contre cette pathologie. En dehors des jeunes enfants pour lesquels un séjour prolongé est envisagé, la vaccination antirabique (rage), dont le coût est important, est en pratique peu réalisée. D'autres vaccins sont réservés à des situations particulières moins fréquentes et sont à discuter au cas par cas, en évitant toute surenchère.

Zone d'endémie de la fièvre jaune en 2010

La vaccination antiamarile n'est généralement pas recommandée dans les zones où l'exposition au virus est peu probable. La vaccination peut toutefois être envisagée en cas de séjour prolongé, de forte exposition aux moustiques, d'impossibilité d'éviter les piqûres de moustiques.



Carte DI-InVS - données MinSa - OMS - littérature/ Fonds de carte Esri



Sites Internet utiles :

www.medicine-voyages.org, site de la Société de médecine des voyages
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F720.xhtml>, liste des centres de vaccination habilités à effectuer la vaccination contre la fièvre jaune, fixée par l'arrêté du 5 avril 2005,
<http://www.who.int/csr/don/fr/index.html>, actualité des flambées épidémiques

• **Prévention du paludisme.** Justifiée d'un point de vue épidémiologique, la prévention contre le paludisme peut être mal réalisée par les migrants si elle n'est pas adaptée aux contraintes financières que connaissent ces voyageurs. La chimioprophylaxie (prise de médicaments) ne se conçoit qu'en complément des mesures antivectorielles. L'efficacité de l'association chloroquine + proguanil (SAVARINE® chez l'adulte) est insuffisante dans la plupart des pays africains, celle de la chloroquine l'étant depuis longtemps. La méfloquine (LARIAM®) et surtout l'association atovaquone + proguanil (MALARONE®) représentent un coût prohibitif pour la majorité de ces voyageurs. Une alternative possible, très efficace sous réserve d'une prise scrupuleuse quotidienne (demi-vie courte), est représentée par les cyclines, peu onéreuses en France. Avant l'âge de la marche, il est préférable de conseiller aux parents de placer



le nourrisson sous une moustiquaire imprégnée dès le coucher du soleil, plutôt que de prescrire des médicaments dont la forme galénique n'est pas adaptée aux très jeunes enfants. Pour les séjours prolongés en Afrique sahélienne, on peut ne prendre une chimioprophylaxie que pendant la saison des pluies, en débutant le traitement un mois après le début et surtout en ne l'interrompant que 4 à 6 semaines après la fin des pluies. Dans certaines zones d'Asie et d'Amérique latine où le risque de transmission est faible, une abstention de chimioprophylaxie peut se discuter au cas par cas, sauf situation particulière, en poursuivant les mesures anti-vectorielles.

Chimioprophylaxie du paludisme, médicaments disponibles

(groupe 1 : pas de chloroquinorésistance/groupe 2 : chloroquinorésistance moyenne/groupe 3 : chloroquinorésistance élevée)

• **Chloroquine (NIVAQUINE®) : pays du groupe 1 (groupe 2 en association avec proguanil)/séjour + 4 semaines après le retour.** Possible en cas de grossesse. En une seule prise par jour au cours d'un repas. **Attention aux intoxications accidentelles** (danger si > 25 mg/kg en 1 prise), enfant : 1,5 mg/kg/j

1 flacon de 150 ml de NIVAQUINE® (5 ml = 25 mg), 3,89€, R 65 %
1 boîte 20 cp de NIVAQUINE® 100 mg (sécable en 2; à écraser avant 6 ans) : 2,70€, R 65 %

• **Proguanil (PALUDRINE®) : pays du groupe 2 (uniquement en association à la chloroquine)/séjour + 4 semaines après le retour.** Possible en cas de grossesse, enfant : 3 mg/kg/j, 1 boîte de 56 cp de PALUDRINE® 100 mg (sécable en 4, à écraser avant 6 ans), environ 20€, NR

	Chloroquine	Proguanil
Poids : < 8,5 kg	12,5 mg/j (½ cuillère mesure)	25 mg/j (½ comprimé)
Poids : 8,5-16 kg	25 mg/j (1 cuillère mesure)	50 mg/j (½ comprimé)
Poids : 16-33 kg	50 mg/j (2 cuillères mesure)	100 mg/j (1 comprimé)
Poids : 33-45 kg	75 mg/j (3 cuillères mesure)	150 mg (1,5 comprimé)
Poids > 45 kg et adulte	100 mg (1 comprimé)	200 mg (2 comprimés)



Adulte et enfant de plus de 45 kg SAVARINE®
(1 comprimé = 100 mg de chloroquine = 200 mg de proguanil)
= 1 cp par jour 1 boîte de 28 cp de SAVARINE® : environ 25 €, NR

• **Méfloquine (LARIAM®) : pays du groupe 3/10 jours avant + séjour + 3 semaines après le retour.**

Possible en cas de grossesse. Contre-indication : antécédent de convulsion ou de dépression, plongée. Inconvénients : vomissements, oubli. Dose enfant 5 mg/kg en une prise par semaine 1 boîte de 8 cp de LARIAM® 250 mg (quadrisécable, à écraser avant 6 ans) : 40 à 45 €, NR

Poids : 15-20 kg	½ comprimé par semaine
Poids : 20-30 kg	½ comprimé par semaine
Poids : 30-40 kg	½ comprimé par semaine
Poids > 45 kg et adulte	1 comprimé par semaine

• **Atovaquone/proguanil (MALARONE®) : pays du groupe 2 et 3/séjour + 7 jours après le retour. Prendre avec un repas ou une boisson lactée.**

Possible en cas de grossesse; déconseillé si allaitement. Inconvénients : vomissements. Comprimé à couper avec un massicot si besoin; à écraser avant 6 ans.

1 boîte de 12 cp adulte 250 mg/100 mg : environ 45 €, NR

1 boîte de 12 cp enfant 62,5 mg /25 mg : environ 15 €, NR

Poids : 5-7 kg (hors AMM)	½ comprimé enfant par jour
Poids : 7-11 kg (hors AMM)	¾ comprimé enfant par jour
Poids : 11-21 kg	1 comprimé enfant par jour
Poids : 21-31 kg	2 comprimés enfant par jour
Poids : 31-41 kg	3 comprimés enfant par jour
Poids > 40 kg et adulte	1 comprimé adulte par jour



• **Doxycycline : pays du groupe 3 (et éventuellement groupe 2), séjour + 4 semaines après le retour.**

Contre-indiqué avant l'âge de 8 ans et femme enceinte.

Prendre au milieu du repas du soir.

<40 kg : 50 mg par jour ; 40 kg et plus : 100 mg par jour

1 boîte de 28 cp de 50 mg de doxycycline : 4,81€, R 65 %

1 boîte de 30 cp de 100 mg de doxycycline : 7,59€, R 65 %

Consulter un médecin en cas de fièvre au pays ou au retour d'une zone d'endémie palustre

• **Prophylaxie antivectorielle du paludisme.** Trois mesures ont fait la preuve de leur efficacité, aucun des produits concernés n'étant remboursé par la Sécurité sociale :

- la protection vestimentaire : recommandée quel que soit l'âge, vêtements amples et couvrant le maximum de peau ;
- les répulsifs cutanés (*insectifuges, voir infra*), de 8 à 15€ ;
- la moustiquaire imprégnée de pyréthrinoïdes (deltaméthrine ou perméthrine) : efficacité 6 mois et 5 lavages. Prix de 20 à 45€ pour une ou deux personnes. L'achat au pays est possible, les moustiquaires imprégnées étant de mieux en mieux distribuées dans les pays en développement.

Les répulsifs cutanés

Âge	Substance active	Concentration efficace	Durée d'efficacité	Produits (liste indicative)
6 mois et +	citriodiol (sauf ATCD de convulsions)	20-30 %	3-5 h	Mosi-guard (spray), Biovectrol, antimosquitospray
6 mois et +	IR 3535	20 %	2-4 h	Prébutix zones tropicales gel ou lotion, 5/5 tropic lotion (3 ans et +), Akicip gel (4 ans et +)
6 mois et + 24 mois à 12 ans 12 ans et +	DEET (sauf ATCD de convulsions, diminue l'efficacité des crèmes solaires de 1/3)	10 % 20-30 % 20-50 %	1 h 2-4 h 2-6 h	pas de présentation 10% en France Mouskito Tropic (5 ans et + spray ou roller; Repel insect adult, Pinka, King)
30 mois et +	icaridine (limiter l'utilisation consécutive à 1 mois)	20-30 %	4-6 h	Insect écran peau enfant Insect écran spécial tropique

NB : La concentration efficace du DEET doit être d'au moins 30% en cas d'exposition à l'anophèle, vecteur de *Plasmodium falciparum*.



Autres conseils. Les migrants-voyageurs n'ont la plupart du temps pas de contrôle sur leur nourriture, les conseils habituels concernant l'alimentation peuvent donc être illusoire. Le lavage des mains avant les repas, après un passage à la selle et aussi souvent que possible (même à l'eau claire) est la plupart du temps réalisable et bien accepté. Les conseils de réhydratation orale sont particulièrement utiles chez les jeunes enfants (solution de réhydratation orale). La prévention des infections sexuellement transmissibles est proposée dans certains cas.

CONSEILS CHEZ LES VOYAGEURS SUIVIS POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ

• **Les personnes suivies pour des maladies chroniques peuvent voyager**, sous réserve qu'elles soient stabilisées lors du départ et qu'il n'y ait pas de changement thérapeutique (initiation, modification) prévu avant le départ (*voir Autres affections fréquentes, p. 345*). Une consultation avec le médecin spécialiste ou référent avant de partir est indispensable, et il est souhaitable qu'une consultation soit prévue à titre systématique précocement après le retour.

Le patient-voyageur doit être informé de la nécessité de partir avec le traitement nécessaire pour tout le séjour, auquel il est prudent d'adjoindre une marge de sécurité d'une à deux semaines en cas de retour différé par les aléas locaux.

Pour les séjours de plus d'un mois, et jusqu'à concurrence de 3 mois au maximum, la délivrance par la pharmacie de l'ensemble du traitement est possible, sous réserve de l'accord préalable de la caisse de Sécurité sociale (tampon « spécial » apposé sur l'ordonnance), le plus souvent après visualisation du billet d'avion ou de la trace d'une réservation, apposé à côté de la mention « Séjour à l'étranger » écrite par le prescripteur.

• **Dans le cas particulier des personnes vivant avec le VIH**, les praticiens doivent savoir que le ritonavir se détériore à une température supérieure à 25° pendant plus d'un mois. Cette limite peut justifier la prescription d'un traitement n'ayant pas ces contraintes pendant la durée du séjour, voire des vacances thérapeutiques lorsque c'est possible. Une autre option est de préférer la forme thermostable de la combinaison lopinavir/ritonavir (KALÉTRA®), qui permet de s'affranchir de cette difficulté. Les praticiens doivent par ailleurs être conscients des difficultés que peut représenter la prise d'un traitement dans



Ces conseils spécifiques ne dispensent pas de conseils généraux de prévention, notamment concernant la **protection contre les infections sexuellement transmissibles** (voir p. 323).

un environnement familial ou communautaire où la confidentialité ne peut pas souvent être respectée. Ces difficultés expliquent un certain nombre d'arrêts intempestifs ou de prises inadéquates qu'il vaut mieux anticiper par une discussion avec le patient avant le départ. De même, il est utile, en prenant le temps nécessaire pour le faire, d'aborder des questions sensibles telles que la protection des rapports pour éviter la contamination du partenaire resté au pays ou l'inutilité et le danger de partager son traitement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Bouchaud O. et al.,
Médecine des voyages, médecine tropicale,
Masson, 2010

InVS, *Recommandations sanitaires pour les voyageurs,* BEH du 29 mai 2012, n° 20-21.
www.invs.fr

Prescrire rédaction,
Mieux se protéger des infections liées aux moustiques, Revue Prescrire 2008, 28 (296), p. 436-435

SPILF, *Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à Plasmodium falciparum : recommandations pour la pratique clinique,* 2007,
www.infectiologie.com/site/consensus_recos

• **Pour les personnes atteintes de drépanocytose homozygote** (voir guide 2008), les avions de ligne étant pressurisés à l'équivalent d'une altitude de 2 000 m environ, il faut savoir que l'air y est plus sec et plus pauvre en oxygène. Ces conditions peuvent créer des crises vaso-occlusives parfois graves. Une hyperhydratation est donc recommandée, idéalement à débiter 24 h avant le vol et à poursuivre pendant toute la durée du vol. Il est également nécessaire de s'habiller suffisamment chaudement dans l'avion pour ne pas avoir froid, avec des vêtements non serrés et de bouger régulièrement. Dans les pays chauds, une hydratation plus abondante qu'en pays tempéré doit être poursuivie.

• **En cas de voyage en avion,** les personnes atteintes de maladie chronique ont intérêt à partager leur traitement entre le bagage de cabine (accompagné d'une ordonnance récente pour les passages des différents contrôles) et les bagages de soute, de façon qu'un aléa (perte de bagages, vols, etc.) ne les prive pas de tout leur traitement. Enfin, lorsque c'est possible, il est souhaitable de donner au patient les coordonnées d'un médecin spécialiste dans son pays en cas de survenue d'une complication médicale.

VIOLENCES LIÉES AU GENRE

De nombreuses personnes étrangères ont été victimes de violences liées au genre dans leur pays d'origine, pendant leur parcours d'exil et/ou en France. Même si les hommes ne sont pas épargnés, les femmes sont les premières victimes de ces violences : mariages forcés et/ou précoces, mutilations sexuelles, viols, violences dans le cadre intrafamilial et/ou conjugal, violences et persécutions du fait de l'orientation sexuelle. Ces violences peuvent avoir de lourdes conséquences sur la santé, et la santé mentale, (*voir p. 280*). Soins et soutien pluridisciplinaires constituent une prise en charge adaptée aux besoins et aux demandes des personnes ayant subi ce type de violences : accompagnement psychologique et psychothérapie, consultations médicales, le cas échéant traitement chirurgical, soutien juridique et social. En l'absence d'une prévention de ces violences, l'accès aux droits, particulièrement au droit d'asile, est un enjeu majeur pour l'accueil des personnes qui en ont été victimes.

MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES : DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE

• **Définition.** Les mutilations sexuelles féminines (MSF) désignent l'ensemble des interventions aboutissant à l'ablation totale ou partielle des organes génitaux externes, ou toute autre lésion des organes génitaux féminins, qui sont pratiquées pour des raisons non médicales (OMS).

• **Sur le continent africain, l'Unicef estime à 130 millions le nombre de femmes mutilées sexuellement, et à 3 millions chaque année le nombre de nouvelles victimes, fillettes et adolescentes.** Si des mutilations sexuelles féminines existent encore au Moyen-Orient (Yémen, Oman, Kurdistan irakien), en Asie (Malaisie, Indonésie, Borat, région Nord de l'Inde) et en Amérique du Sud (Amazonie péruvienne et colombienne), c'est en Afrique subsaharienne que ces pratiques sont

le plus souvent quantifiées. Dans les pays concernés, la seule existence d'une législation théoriquement protectrice ne suffit pas à l'abolition des pratiques. Ainsi en Guinée-Conakry ou en Égypte, en dépit de la loi, les taux de prévalence des mutilations sexuelles féminines sont de plus de 90 %. Au Mali, les actions de prévention ont permis de réduire en 10 ans la prévalence de l'excision de 99 % à 91 %. Au Sénégal, le taux global de 20 % de femmes mutilées reflète une situation très hétérogène sur un plan géographique, le taux de prévalence pouvant être proche de 100 % dans la région du fleuve, au nord, et de la Casamance, au sud.

• **En France, les femmes susceptibles d'avoir subi des mutilations sexuelles sont principalement originaires du Sénégal, du Mali, de Mauritanie, et de Guinée-Conakry,**

d'ethnie pular/toucouleur, soninke et bambara

(voir *Carte ethnolinguistique*, voir *guide 2008*). Selon l'INED, en 2004, 53 000 femmes adultes excisées vivaient en France.

Prévention des mutilations sexuelles des petites filles

Il est important pour les professionnels médico-sociaux d'engager le dialogue avec les parents originaires des pays où se pratiquent les mutilations. L'objectif est à la fois de connaître leurs convictions sur ces pratiques et de les informer des risques sanitaires qu'ils feraient courir à leurs filles s'ils décidaient d'y recourir. Par ailleurs, le rappel de la loi française est dans ce cas incontournable : **les mutilations sexuelles peuvent être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle (art. 222-9 du Code pénal)**, y compris les mutilations sexuelles féminines commises à l'étranger quand l'enfant a résidé un certain temps en France au préalable. Les actions de médiation culturelle et d'échanges avec ces familles ne doivent pas éclipser l'obligation légale de signalement des professionnels auprès du procureur de la République, lorsqu'une mutilation sexuelle féminine a été réalisée sur un enfant résidant habituellement en France.

PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHO-CHIRURGICALE SUITE À DES MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

• **Classification clinique (OMS) des mutilations sexuelles féminines (MSF) en 4 types :**

- **type I, clitoridectomie** : ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce ;



- **type II, excision** : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres ;
- **type III, infibulation** : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris ;
- **type IV, autres procédés de mutilation** : scarifications, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...

Selon une enquête de 2001, 80 % des MSF sont de type II, 15 % de type III.

• Les mutilations sexuelles féminines entraînent des complications majeures et profondes pour la santé des femmes. Elles varient selon le type de MSF et l'âge auquel elles sont réalisées :

- les complications physiques immédiates sont une douleur intense, un choc et une hémorragie pouvant entraîner le décès, des infections (surinfection locale, septicémie, gangrène, tétanos, transmission de l'infection VIH) et des lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus...);
- les complications tardives, fréquentes dans tous les types de MSF, se manifestent par des troubles urinaires (rétention aiguë ou chronique des urines pouvant entraîner des infections urinaires à répétition, voire une insuffisance rénale), cicatriciels (abcès récidivants, chéloïdes, kystes épidermoïdes), une douleur pelvienne chronique (névrome) ou une gêne au moment des rapports sexuels ;
- les MSF ont un impact sur la sexualité (signes d'angoisse, douleurs, anorgasmie, frigidité) ;
- les complications psychologiques sont présentes quel que soit l'âge auquel les mutilations sont pratiquées. (*voir Trauma et torture, voir guide 2008*) ;
- les autres complications sont gynécologiques (infertilité, stérilité, infections, dysménorrhées, hémato-colpos, ménorragies), ou encore obstétricales (travail long, déchirures périnéales, hémorragie du post-partum, infections périnéales, fistules vésico- ou recto-vaginales, césariennes, augmentation de la mortalité périnatale).

• La prise en charge thérapeutique des femmes victimes de MSF est destinée à la fois à soigner les conséquences des mutilations et à prévenir la répétition de ces pratiques sur leurs filles. Les soins sont pluridisciplinaires, faisant intervenir gynéco-obstétriciens, chirurgiens, sages-femmes, pédiatres, urologues, sexologues, psychiatres et psychologues. La réparation chirurgicale est de plus en plus pratiquée,



en particulier la réparation du clitoris, réalisée dans de nombreux hôpitaux en France. Elle est prise en charge par la Sécurité sociale. Cette avancée pour les femmes excisées reste un parcours difficile où motivations et bénéfices attendus doivent être clairement identifiés.

• **La clitoridoplastie est une technique chirurgicale récente pour laquelle il n'existe pas encore beaucoup de recul.**

Selon l'expérience de Gynécologie Sans Frontières, en dehors de la symbolique du geste, aucune certitude sur le résultat esthétique ou fonctionnel de cette chirurgie ne peut être donnée. Une étude publiée dans la revue *Lancet* en juillet 2012 donne des résultats encourageants : à un an de suivi, 821 patientes sur 840 ont rapporté une amélioration. Le chirurgien travaillera en étroite collaboration avec sexologue, psychologue, psychothérapeute au cours de cette démarche qui s'étalera sur plusieurs mois.

• **À quel médecin s'adresser ?** La diffusion des connaissances sur les MSF progresse en France, et les médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes, médecins scolaires, infirmières sont de plus en plus sensibilisés à l'information et à l'orientation des femmes et filles concernées. Un grand nombre de services de gynécologie et obstétrique des hôpitaux mettent en place des unités multidisciplinaires de prise en charge médicale et chirurgicale, en particulier dans les centres hospitalo-universitaires (CHU). Un guide *Le Praticien face aux mutilations sexuelles féminines*, réalisé par Gynécologie Sans Frontières ([voir références infra](#)), donne des informations précieuses sur le dépistage et la prise en charge de ces femmes, avec des contacts utiles pour leur orientation, ainsi que sur le cadre législatif.

DROIT D'ASILE ET MUTILATIONS SEXUELLES FÉMININES

Genre et droit d'asile

La convention de Genève datant du 28 juillet 1951, relative au statut des réfugiés, ne fait référence ni au genre ni aux persécutions spécifiques à l'encontre des femmes.

La convention énumère cinq motifs de persécution qui justifient l'octroi du statut de réfugié. La persécution doit être « du fait de » la race, de la religion, de la nationalité, de l'appartenance à un certain groupe social ou des opinions politiques. Néanmoins, elle peut faire l'objet d'interprétations



tenant compte de la question du genre. De fait, les violences et persécutions liées au genre et à l'orientation sexuelle sont à l'origine de nombreuses demandes d'asile dans les pays de l'Union européenne. Il s'agit principalement de violences sexuelles - en tant qu'acte de persécution ou ayant lieu dans les contextes de guerre et de violences généralisées, les menaces et persécutions subies par les opposant(e)s à des violences faites aux femmes telles que les mutilations sexuelles et les mariages forcés, les persécutions en raison de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre, le fait d'avoir été victime de la traite d'êtres humains.

Une nouvelle directive de l'Union européenne a été publiée le 20 décembre 2011 (2011/95/UE) au sujet de l'identification des personnes ayant besoin d'une protection internationale. Cette directive reconnaît que « *les actes de persécutions peuvent notamment prendre la forme de violences physiques ou mentales, y compris les violences sexuelles* » ou « *des actes dirigés contre des personnes en raison de leur genre...* » Cette directive met l'accent sur la prise en compte du genre dans la politique d'asile. « *L'appartenance à un groupe social* » peut constituer un motif de persécution et permettre la reconnaissance du statut de réfugié.

• **Pour les femmes exilées victimes de mutilation sexuelle, la reconnaissance du droit d'asile au titre de la convention de Genève fait actuellement l'objet d'une forte mobilisation associative en France.** Sur le plan juridique, le débat porte sur la définition des femmes comme « groupe social », dont les craintes de persécutions pourraient fonder le statut de réfugié. En décembre 2001, deux femmes soutenues par le GAMS, une Malienne et une Somalienne, ont obtenu une réponse positive de la part de la commission des recours des réfugiés ancien nom de la cour nationale du droit d'asile (CNDA), pour une décision appelée à faire jurisprudence. Les femmes exilées victimes ou risquant de subir des mutilations sexuelles, les femmes et les hommes craignant que leurs filles puissent en être victimes en cas de retour dans leur pays d'origine peuvent être reconnus réfugiés au titre de la convention de Genève. Depuis un revirement de jurisprudence en mars 2009, ils peuvent aussi, ainsi que leurs enfants, bénéficier d'une protection subsidiaire, notamment du fait de menaces de « *torture ou de peines ou traitements inhumains et dégradants* » (art. L 712-1 du Ceseda).

• **On observe une évolution positive de la reconnaissance de la demande d'asile fondée sur le risque de mutilations sexuelles féminines ces dernières années.** Toutefois, c'est



actuellement le plus souvent la protection subsidiaire qui est accordée aux personnes victimes ou menacées d'excision, et non plus le statut de réfugié(e). Or la protection subsidiaire n'est accordée que pour un an et, dans la pratique, l'Ofpra exige pour son renouvellement la production annuelle d'un certificat médical de non-excision de l'enfant protégée.

Certificat médical de non-excision

CFDA, De la protection à la suspicion : l'exigence annuelle du certificat de non-excision, note de la coordination française pour le droit d'asile, octobre 2012, <http://cfda.rezo.net/>

Un certificat médical de non-excision est exigé lors de l'instruction d'une demande d'asile présentée par une jeune femme ou une fillette en raison des risques d'excision encourus dans son pays d'origine. Lors de l'entretien avec l'Ofpra, il lui sera demandé de démontrer qu'elle n'a pas été excisée, raison pour laquelle elle craint des persécutions en cas de retour dans son pays d'origine. Une fois la protection accordée, l'exigence du certificat médical perdure. Chaque année, l'Ofpra demande que lui soit transmis un certificat médical de non-excision, document nécessaire au renouvellement de la protection et du droit au séjour. Du point de vue de la déontologie médicale et du Code de la santé publique (CSP), un médecin ne peut être à la fois dans un rôle de médecine de contrôle et un rôle de médecine de prévention et de soins (*voir Principes juridiques et déontologiques, voir guide 2008*). Cette exigence de l'Ofpra entraîne ainsi des risques psychiques pour une jeune fille d'être soumise chaque année à un examen gynécologique afin d'appuyer la parole de ses parents et de garantir le maintien de leur séjour. Les examens gynécologiques ne doivent être réalisés que lorsque le suivi médical, ou les impératifs d'une enquête qui vise à protéger l'enfant d'un risque de maltraitance, les y oblige. Un tel examen ne doit pas être réitéré, dans la mesure où toute demande judiciaire ou administrative d'intervention sur le corps de l'enfant pourra être vécue comme une violence.

Sur le plan éthique, le fait que cet examen sans implication thérapeutique soit réitéré va à l'encontre du principe de non-malfaisance des gestes médicaux et contrevient au principe qui fait primer l'intérêt supérieur de l'enfant. Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés estime que la reconnaissance du statut de réfugié « à une fillette craignant l'excision ne devait pas être subordonnée



à la présentation d'un certificat médical ayant pour but de démontrer si elle a ou non été sujette à une mutilation génitale féminine »

(Gallet H., *Protéger au bénéfice du doute*, Maux d'exil n° 34, septembre 2011).

MARIAGES FORCÉS : CONTEXTE ET DÉFINITIONS

• **Le mariage forcé** est une union – civile, coutumière ou religieuse – qui est conclue sans le consentement d'un ou des deux époux, sous la pression, la menace et/ou des violences physiques. S'il n'existe pas de délit ou de crime spécifique de mariage forcé en France, le Code civil (art. 146) stipule qu'« *il n'y a point de mariage là où il n'y a point de consentement* ». Les conséquences du mariage forcé – viols, violences dans le cadre du couple et de la famille, enlèvement, séquestration – peuvent être l'objet de plaintes et de sanctions pénales. Le mariage forcé concerne majoritairement des jeunes filles et des femmes, même si des garçons et des hommes y sont aussi contraints. Cependant, pour les premières, les effets, comme le viol, leur sont spécifiques et, pour les seconds, la négociation est parfois plus aisée.

• **Le mariage « précoce » est défini en rapport à la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE)**. Il s'agit d'un mariage contracté entre deux personnes, dont au moins l'une d'entre elles est âgée de moins de 18 ans. On considère que le mariage des enfants est une forme de mariage forcé, a fortiori si l'un des époux n'a pas atteint l'âge de la majorité sexuelle (15 ans en France) et ne peut donc consentir clairement et librement à des relations sexuelles.

CONSÉQUENCES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES DES MARIAGES FORCÉS

• **Les mariages forcés sont associés à des violences physiques et psychologiques** dont les conséquences sur la santé mentale à court, moyen et long terme peuvent être graves (*voir Pathologies psychiques, p. 283*), particulièrement les syndromes psycho-traumatiques et les dépressions. Les ruptures familiales pour celles et ceux qui cherchent à s'y soustraire, les sentiments de trahison et de culpabilité,



la perte de confiance dans les parents peuvent occasionner une souffrance psychique intense. La fréquence importante des tentatives de suicide chez les jeunes femmes soumises ou en risque de mariage forcé est souvent soulignée par les professionnels qui les côtoient. Les conséquences physiques des mariages forcés sont en rapport avec les violences qui leur sont liées : coups et blessures, conséquences physiques des viols, grossesses non désirées, etc.

La loi du 4 avril 2006 fixe les moyens juridiques de lutte contre les mariages forcés :

- l'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant 18 ans révolus ;
- en cas de doute sur la liberté de consentement, la célébration du mariage ou sa transcription à l'état civil, s'il a lieu à l'étranger, est suspendue. Le procureur fait procéder à une enquête et peut s'opposer au mariage ;
- l'absence de consentement permet non seulement à l'époux(se) contraint(e) mais aussi au procureur de demander l'annulation du mariage. Ainsi il est tenu compte des pressions familiales et sociales qui empêchent les intéressé(es) d'agir ;
- le vol par un des époux des documents d'identité, du titre de séjour, des moyens de paiement de son conjoint est désormais une infraction.

MARIAGE FORCÉ ET DEMANDE D'ASILE

• **Faisant partie du « groupe des personnes qui entendent se soustraire à un mariage forcé », les personnes qui en sont victimes ou menacées – majoritairement des femmes – peuvent se voir reconnaître le statut de réfugié (voir *Droit d'asile, chapitre, voir guide 2008*), à certaines conditions.** En effet, elles doivent pouvoir faire entendre que leur attitude de refus du mariage forcé est perçue par tout ou partie de la population comme transgressive des coutumes et lois en vigueur. Par ailleurs, les autorités de leur pays doivent refuser ou être dans l'incapacité de les protéger face aux persécutions. Cependant, dans certains cas, l'Ofpra ou la CNDA estiment que les persécutions ne relèvent pas de l'appartenance à un groupe social, mais d'un conflit à caractère individuel et peuvent octroyer la protection subsidiaire. Il est difficile d'établir une frontière nette entre persécutions en tant que membre d'un groupe social et « conflit à caractère individuel ». L'octroi systématique de la protection subsidiaire aux femmes



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Adfem, *Droit d'asile et femmes, quelle situation en France aujourd'hui*, janvier 2012, <http://doubleviolence.free.fr/spip/>

Comede, *Certification médicale, risques et dérives*, Maux d'exil n° 34, septembre 2011

GAMS,

Foldès P., Cuzin B., *Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study*, 2007, *The Lancet*, vol. 380, Issue 9837, pp. 134-141, July 2012

Gynécologie Sans

Frontières, *Le Praticien face aux mutilations sexuelles*, 2010, <http://www.gynsf.org/>

victimes de mariage forcé rendrait alors leur situation en France plus précaire, la protection subsidiaire étant accordée pour une durée d'un an, renouvelable chaque année.

• Toutefois, les demanduses et demandeurs d'asile qui fuient un mariage forcé se heurtent à la difficulté de présenter des éléments objectivables à l'appui de leur demande,

particulièrement lorsque le mariage est religieux ou coutumier et sans acte d'état civil. Très fréquemment, les victimes ne bénéficient pas du soutien de leur entourage, et donc de la possibilité de produire leurs témoignages. Les victimes doivent donc faire preuve d'une grande précision dans leur récit ainsi que lors des audiences à l'Ofpra et/ou à la CNDA.

VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE ET DROIT AU SÉJOUR

• La loi du 9 juillet 2010 concernant les violences faites aux femmes crée une nouvelle mesure appelée « ordonnance de protection. »

Cette ordonnance de protection est demandée au juge, en urgence, lorsqu'un partenaire menace ou exerce des violences sur l'autre partenaire ou ses enfants. Elle peut aussi être demandée dans le cas où une personne majeure est menacée de mariage forcé. La loi du 9 juillet permet aux personnes victimes de violences au sein du couple, qu'elles soient mariées, pacsées, vivant en concubinage, si elles bénéficient d'une ordonnance de protection, de bénéficier de plein droit d'un premier titre de séjour ou de son renouvellement. Dans l'observation des associations de soutien, ces dispositions restent souvent inappliquées, et de nombreuses femmes étrangères victimes de violences restent soumises à de nombreuses difficultés pour obtenir ce titre de séjour.

CONTEXTE ET REPÈRES

Les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés. L'exil, la migration et le voyage peuvent entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences ou événements ayant motivé la migration, mais aussi de la rupture des liens familiaux, des repères culturels et des repères sociaux. Or face à un dispositif public en situation de pénurie, les migrants/étrangers en situation précaire rencontrent de nombreux obstacles dans l'accès aux soins de santé mentale. La connaissance du contexte institutionnel de la psychiatrie et de la santé mentale, ainsi que la prise en compte des conditions de vie des exilés sont essentielles à la qualité des actions de prévention et de soins.



Voir aussi *Exil et santé*, voir guide 2008

ÉPIDÉMIOLOGIE

• **Dans l'observation du Comede** (voir *Épidémiologie*, voir guide 2008), les troubles psychiques, et parmi ceux-ci les troubles réactionnels (voir *infra Psychotraumatismes et dépression*), constituent le premier motif de suivi. Les prévalences les plus élevées sont retrouvées parmi les personnes originaires d'Afrique centrale (femmes : 219 ‰, hommes : 189), d'Europe de l'Est (femmes : 252, hommes : 147), et d'Afrique de l'Ouest (femmes : 255, hommes : 115). Par classe d'âge, les taux de prévalence sont plus élevés entre 20 et 50 ans. Les patients suivis en psychothérapie au Comede présentent plus souvent que les autres des antécédents de violence (93 % versus 74 % pour l'ensemble des consultants), de torture (51 % vs 27 %), (voir guide 2008), et de violences liées au genre (38 % contre 14 %), évoquant une forte corrélation entre violences et troubles psychiques. Les femmes sont plus touchées que les hommes par les psychotraumatismes et constituent la majorité des victimes de violences liées au genre (voir p. 265). Selon une étude française sur la santé mentale en population générale datant de 2004, la prévalence ponctuelle d'état de stress post-

traumatique serait de 7 ‰. Selon l'OMS, en 2000, sa prévalence ponctuelle dans la population générale est de 3,7 ‰.

• **Dans le monde, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés (voir infra) est estimée à 9,5% pour les femmes et 5,8% pour les hommes sur une période de 1 an** (OMS, 2001), mais ces taux peuvent être nettement plus importants parmi les personnes en situation de grande précarité. Dans un contexte d'exil, un certain nombre de ces dépressions sont réactionnelles. Il est parfois difficile d'établir un diagnostic différentiel entre dépression associée à un syndrome psychotraumatique, dépression réactionnelle et dépression endogène, tant les facteurs de risque et de vulnérabilité sont nombreux pour les exilés (*voir guide 2008*). Les enquêtes en population générale soulignent que certains facteurs sociaux, tels que le fait d'être séparé ou divorcé et sans emploi, favorisent la survenue d'un trouble dépressif.

DÉFINITIONS

• **Il n'existe pas de définition universelle de la santé mentale.**

L'OMS insiste sur l'importance de définir la santé de manière positive comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». On emploie désormais communément le terme santé mentale pour caractériser des actions de prévention des troubles psychiques, de traitements de ceux-ci, de réinsertion des personnes souffrant de ces troubles. Dans son rapport sur la santé dans le monde en 2001, l'OMS estime que « *les troubles mentaux et du comportement représentent 12% de la charge globale de morbidité : or la plupart des pays continuent à consacrer à la santé mentale moins de 1% du total de leurs dépenses de santé* ». La santé mentale d'un individu est un état subjectif, dont les déterminants sont à la fois psychologiques, sociaux, politiques et biologiques. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont très fréquemment, dans toutes les sociétés humaines, victimes de discrimination et de stigmatisation.

• **Psychologues et psychiatres :**

- les psychiatres sont des médecins spécialistes du traitement et de la prévention des troubles mentaux. Ils sont habilités à prescrire des traitements psychotropes et à conduire des psychothérapies ;
- les psychologues sont titulaires d'un diplôme universitaire



de niveau master et peuvent exercer dans des domaines différents, notamment la psychologie du développement, la psychologie expérimentale, la psychologie sociale ou la psychologie clinique ; - les psychologues cliniciens sont formés à la psychopathologie (c'est-à-dire la connaissance et l'étude des troubles psychiques) et exercent le plus souvent comme psychothérapeutes.

• **Les psychothérapies désignent des méthodes de soin se rapportant au psychisme.** Il existe de nombreuses formes de psychothérapie (individuelles, de couple, familiales, en groupe...). Certaines utilisent la parole comme médiation thérapeutique, mais d'autres formes de médiation existent – par le corps, ou le jeu, dans les psychothérapies d'enfant par exemple. Les psychiatres et psychologues cliniciens sont habilités à conduire des psychothérapies, ainsi que d'autres professionnels ayant suivi une formation adéquate dans une école de psychothérapie.

• **En France, les principaux courants des psychothérapies sont les psychothérapies d'orientation psychanalytique et les thérapies cognitivo-comportementales.** Ces courants se sont intéressés à la question du traumatisme et en proposent des théories et des modèles thérapeutiques. Des thérapies non directives, fondées sur la création d'un espace de parole libre, sont adaptées aux personnes ayant vécu des expériences de violence, et sont pratiquées par les centres spécialisés.

• **La clinique auprès des exilés est marquée par la rencontre entre professionnels et patients de cultures différentes.** Le champ de la clinique transculturelle peut être compris de manière large, incluant le recours à l'interprétariat professionnel pour les patients non francophones et la prise en compte des représentations du soin, de la maladie et de l'altérité chez les patients comme les soignants. En ce sens, tout psychothérapeute est à même de recevoir des patients exilés sans qu'une expertise ethnopsychiatrique soit forcément nécessaire.

PATHOLOGIES DU VOYAGE ET DE L'EXIL

• **Toute migration constitue aussi un voyage, au sens d'un déplacement dans l'espace, mais aussi d'une découverte du monde et de soi.** Le voyage et la vie psychique sont intimement liés, la découverte de l'espace extérieur reflétant celle de notre monde intérieur. Nombreux sont donc les voyageurs partant à la découverte d'eux-mêmes, à travers notamment les voyages initiatiques, étapes d'une construction



identitaire. L'expérience du voyage, tout comme celle de l'art ou du mysticisme, engendre des émotions intenses et peut amener à éprouver « un sentiment océanique », renvoyant à l'impression de « faire un » avec l'environnement extérieur, le monde, dans un mouvement de retour aux origines, propre au registre du narcissisme primaire. La part d'Autre en soi suscite le désir de partir à l'étranger, à la rencontre de l'altérité. L'expérience de la confrontation à la différence culturelle peut amener à vivre ce qui a été nommé un « choc culturel », se référant au sentiment d'anxiété provoqué par le fait de se retrouver plongé dans un contexte à la fois étranger et étrange, donnant une impression « d'inquiétante étrangeté ». En effet, voyager dans un environnement étranger signifie souvent ne pas pouvoir anticiper, comprendre les comportements des autres et perdre les symboles familiers de son cadre habituel. Cela peut entraîner un état de tension psychique, de désorientation, ainsi qu'un sentiment de perte et une peur d'être rejeté.

• **Il faut distinguer la notion de choc culturel normal, propre à l'expérience du voyage, et la confrontation à l'étrangeté des manifestations psychopathologiques avérées.**

Le plus souvent, les symptômes s'expriment dans un registre anxieux et s'avèrent passagers. Dans certains cas, des troubles psychiques plus spectaculaires peuvent apparaître, avec notamment l'émergence de bouffées délirantes aiguës. Leur pronostic est souvent plutôt favorable. Ces phénomènes psychiques ont été décrits aussi bien chez les voyageurs que chez les migrants arrivant dans le pays d'accueil. Chez les voyageurs, ils sont connus sous les noms de syndrome de Stendhal, de Jérusalem, ou de Paris, ou encore syndrome de l'Inde.

LA MIGRATION, UN FACTEUR DE RISQUE PSYCHIQUE ?

• **La migration peut constituer une fracture profonde dans ce qui constitue la base des rapports humains, au niveau individuel, collectif et culturel.** Le « traumatisme migratoire » n'est pas à envisager de manière systématique, toutefois la migration est un facteur de vulnérabilité psychique. En effet, elle induit une confrontation, parfois brutale, entre le cadre culturel externe de la société d'accueil et celui qui a été intériorisé par le patient. Cette confrontation s'accompagne d'une perte des étayages culturels habituels fonctionnant comme des contenants de pensée à partir desquels la réalité est décodée. La rupture



des contenants psychiques et culturels peut favoriser, dans certains cas particuliers, une décompensation psychique, dont la forme et l'expression sont à mettre en relation avec la structure antérieure de la personnalité.

• **Il n'y a pas de pathologie spécifique à la migration.**

La migration n'entraîne pas uniquement des effets pathogènes ou traumatiques, elle peut également être porteuse d'une dynamique de transformation et de création. Quels que soient les enjeux associés à la migration, celle-ci nécessite toujours un travail d'élaboration psychique, de deuil, afin que le patient puisse intégrer cet événement majeur à son histoire de vie.

• **Pour les demandeurs d'asile et les réfugiés, l'exil renvoie à une fuite du pays d'origine face à un risque vital encouru.**

Plus qu'un départ vers l'ailleurs, l'exil est d'abord une fuite sans possibilité de retour, face à la violence, les persécutions, la torture (*voir guide 2008*). Compte tenu des événements de violence vécus ou des risques encourus parmi les exilés, la fréquence et la complexité des troubles post-traumatiques sont importants.

LA PRÉCARITÉ ADMINISTRATIVE, UN RISQUE POUR LA SANTÉ MENTALE DES EXILÉS ?

• **La clinique auprès des exilés est marquée par l'intrusion du réel des violences mais aussi par l'intrication des facteurs intimes et sociaux,**

parmi lesquels la précarité administrative et juridique tient une place importante. Les réponses, entretiens et convocations des instances d'attribution du statut de réfugié rythment le parcours de la personne et le processus thérapeutique : attente angoissée, sentiment de ne pas être prêt à parler, effondrement lorsque les demandes sont rejetées, sentiment de reconnaissance et de soulagement lorsque le statut de réfugié ou la protection sont accordés (*voir guide 2008*). Il est parfois nécessaire de multiplier les entretiens de psychothérapie à l'approche des convocations, pour contenir l'angoisse, ou parce que la perspective de « prendre la parole » précipite le processus d'élaboration psychique.

• **Pour certains patients, les entretiens et convocations représenteront une épreuve dont ils ne sortiront pas indemnes.**

Lorsque la demande d'asile est rejetée, à la tristesse et la peur de vivre sans papiers peut s'adjoindre le sentiment



de n'avoir pas été à la hauteur. Un certificat médical expliquant les difficultés d'expression, voire la prématurité d'une comparution devant des instances administratives ou judiciaires, peut aider à faire comprendre à ses interlocuteurs des domaines judiciaires et administratifs la situation particulière du patient. Il peut être utile dans les cas où la possibilité de parler a été ébranlée par l'expérience traumatique, ou que la mise en mots de l'expérience replonge dans un vécu de détresse intense (*voir Certification et demande d'asile, guide 2008*).

• **Pour les demandeurs d'asile, la santé mentale est affectée par des conditions de vie de plus en plus précaires.**

La suppression du droit au travail pour les demandeurs d'asile depuis 1991, l'inexistence de droit à un revenu suffisant, la multiplication des procédures à garantie diminuée (*voir Procédures prioritaires, guide 2008*) et le rejet massif des demandes d'asile font obstacle aux efforts thérapeutiques entrepris, et peuvent même aggraver les troubles psychiques. Le déni de la possibilité d'être inscrit légalement et socialement dans un lieu peut provoquer des effets de « désabritement » psychique, d'errance, et de mélancolisation du lien aux autres et au monde.

• **L'impact subjectif de la situation d'exil est singulier.**

Chaque patient est différent, chaque histoire, particulière. C'est cette particularité historique qu'il s'agit de prendre en compte, en se posant la question, avec le patient, de savoir pourquoi il s'effondre aujourd'hui. La négation de l'impact des conditions actuelles d'existence et de la réalité des violences constituerait un déni pouvant faire penser aux patients que leurs interlocuteurs sont sourds à leur détresse actuelle et passée. Cependant, la recherche exclusive des causes « du dehors » maintiendrait le patient dans un statut de victime, d'objet et non de sujet toujours en devenir, grâce à l'accès à ses propres ressources psychiques. L'espace de soin se dessine entre l'ici et maintenant, le passé et ses retours, et l'ouverture sur un possible avenir.

DISPOSITIFS ET OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS

• **La logique territoriale qui prévaut dans l'organisation des secteurs de psychiatrie est parfois inadéquate pour les étrangers en situation précaire,** dont les parcours sont marqués par de nombreuses ruptures sur le plan



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Ayrault R., *Fous de l'Inde*, Payot, Paris, 2000

Comede, *Santé mentale des exilés, quel accès aux soins ?*, Maux d'exil n° 36, mars-avril 2012

OMS, *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, <http://www.who.int/whr/2001/fr/>

Nathan T., (1986) *La Folie des autres*, Dunod, Paris, 2001

Lemperière et coll., *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, Paris, 2006

de l'hébergement. En France, les secteurs psychiatriques désignent à la fois la zone géographique (un bassin de population d'environ 70 000 habitants pour la psychiatrie générale et 210 000 habitants pour la psychiatrie infanto-juvénile) et le dispositif de prévention, de traitement et de coordination des soins en santé mentale. La politique de secteur a été initiée dans les années 1960 pour mettre fin à la réclusion et parfois l'internement à vie des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques. Ses objectifs principaux sont la précocité, la proximité et la continuité des soins. Le pivot de cette politique est le centre médico-psychologique (CMP), situé au sein de la cité, qui est à la fois lieu de diagnostic et d'organisation d'un réseau de soin autour des patients (hôpital, médecin traitant). Rendue possible par le développement de la psychiatrie communautaire, l'évolution des médicaments neuroleptiques et la démocratisation des psychothérapies, la politique de secteur a constitué un grand progrès dans les conditions de vie des malades et la lutte contre leur exclusion. Cependant, elle connaît des limites liées au manque et à la disparité des moyens alloués à la psychiatrie publique de secteur.

• **L'absence de politique active de recours à l'interprétariat professionnel dans les soins en santé mentale rend parfois impossible toute prise en charge** (voir *Interprétariat, guide 2008*).

Le recours à un interprète professionnel ne saurait être remplacé par l'appel à des accompagnants ou interprètes de fortune. En effet, en cas de difficulté de communication linguistique, la compétence et la neutralité d'un interprète professionnel sont nécessaires, car la proximité entre les patients et les interprètes non professionnels risque d'interférer avec le soin. Si cette interférence existe dans l'ensemble des situations de soins, c'est sans doute dans le domaine du trauma qu'elle est la plus néfaste.

• **Face aux spécificités des situations des exilés, le risque existe d'une orientation systématique vers des structures spécialisées dans une approche interculturelle ou dans les pathologies psychiques traumatiques**,

accentuant ainsi le désengagement des services de droit commun pour l'accueil de migrants/étrangers. Un autre écueil consiste à considérer que leurs troubles sont uniquement réactionnels à la situation sociale (être « sans-papiers », ou « SDF » par exemple). Si le développement de recherches et de connaissances spécifiques dans ces domaines est essentiel, leur diffusion vers l'ensemble des professionnels du soin psychique est tout aussi nécessaire. En effet, de par leur vulnérabilité particulière,



les exilés vivant avec des troubles psychiques devraient voir leur accès au droit commun facilité. De plus, de nombreuses intersections existent entre ces problématiques particulières et des facteurs universels. Le rapport à l'autre et à l'ailleurs, l'impact traumatique d'actes de violences, la souffrance psychique liée la précarité des conditions de vie sont susceptibles de nous concerner, toutes et tous, soignants comme soignés, à certains moments de notre vie.

SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES ET DÉPRESSION

La plupart des demandeurs d'asile et des réfugiés ont vécu des violences et des tortures, et présentent de ce fait un risque accru de souffrir de troubles psychiques relevant du psychotraumatisme. Les troubles psychiques rencontrés chez les exilés, souvent associés, appartiennent principalement à deux grandes catégories diagnostiques : les syndromes psychotraumatiques et les dépressions. Ces personnes relèvent de soins médico-psychologiques de moyen terme, ainsi que d'un soutien social et juridique dans leurs démarches d'accès aux soins et aux droits. L'hospitalité ou l'inhospitalité des institutions de soin sont déterminantes pour lever les obstacles et permettre la continuité des soins.



Voir aussi *Violence et santé, guide 2008 et p. 265*

LES SYNDROMES PSYCHOTRAUMATIQUES

• **Définition.** Les syndromes psychotraumatiques sont caractérisés par le lien entre un événement de vie qui a produit un sentiment d'effroi et l'émergence de symptômes qui peuvent être particulièrement invalidants. Ces symptômes peuvent devenir chroniques et entraîner une modification durable de la personnalité si les personnes qui en souffrent ne trouvent pas de soutien et de soins adaptés.

• **L'état de « stress dépassé », ou de « réaction aiguë à un facteur de stress » dans la Classification internationale des maladies (CIM) se manifeste à court terme.** Il advient dès les minutes suivant l'événement et peut durer de quelques heures à quelques semaines. Il peut prendre la forme d'états de sidération, d'hébétude, ou au contraire d'agitation. Les personnes en état de choc psychique peuvent avoir une impression d'irréalité, présenter une amnésie totale ou partielle et agir de façon mécanique. Des raptus suicidaires (impulsion

soudaine) ou des fugues peuvent être observés. Ce tableau de dissociation ou détresse péri-traumatique est considéré comme un facteur de risque de décompensation ultérieure d'un trouble psychotraumatique.

• **Les symptômes peuvent se manifester dans un laps de temps variable après l'événement, de quelques semaines à quelques mois.**

On parle « d'état de stress post-traumatiques » dans les classifications internationales et de « névrose traumatique », dans la psychopathologie d'orientation psychanalytique. Le syndrome d'intrusion ou de répétition est spécifique du psychotraumatisme : le ou les événements font retour de façon répétitive dans des images diurnes (reviviscences, flash-backs), des cauchemars, des ruminations autour de l'événement (« et si je n'avais pas fait cela... »). Dans certains cas, le syndrome de répétition s'exprime dans des états de transes, de déréalisation, répétant l'état de dissociation péri-traumatique ou mimant la situation de violence (gestes de protection, cris). Ces manifestations s'accompagnent d'un sentiment de détresse extrême et de l'impression de revivre les événements au présent.

• **Au syndrome de répétition dans lequel le sujet revit, au présent, la situation « traumatique », peuvent s'ajouter un certain nombre de symptômes**

caractérisés par l'angoisse que l'événement puisse se reproduire : phobie des endroits et situations qui rappellent l'événement (hommes en uniforme, lieux sombres et fermés), hypervigilance, réactions de sursaut. Les plaintes fréquentes de troubles de la mémoire et de la concentration peuvent être liés à l'envahissement du psychisme par la répétition traumatique. Il existe dans certains cas des troubles psychiques et des symptômes non spécifiques associés, particulièrement lorsqu'il n'y a pas eu de prise en charge précoce des syndromes psychotraumatiques : dépression, plaintes somatiques, anxiété généralisée, troubles du comportement, bouffée délirante, idées et passages à l'acte suicidaire.

• **Certains auteurs décrivent des formes complexes ou sévères de psychotraumatisme**

– dont font partie les psychoses post-traumatiques. Les « traumatismes complexes » sont caractérisés par une modification profonde de la personnalité, la dérégulation des affects et la somatisation, ils peuvent être rapprochés des états limites. Ils sont particulièrement observés chez des personnes ayant vécu des situations traumatiques répétées, précoces ou des violences extrêmes. Sur le plan clinique,



les psychoses post-traumatiques se caractérisent généralement par des états délirants ou des épisodes de confusion mentale. La gravité des sévices et violences subies - viols accompagnés d'actes de cruauté, tortures, massacres - semble être un facteur d'apparition de troubles psychotiques. Ceux-ci peuvent disparaître spontanément ou avec un traitement adapté. Dans certains cas, ils se chronicisent ou modifient profondément la personnalité. La clinique des pathologies traumatiques sévères fait apparaître une symptomatologie d'allure psychotique chez beaucoup de patients, même s'il n'y pas de décompensation d'un trouble psychotique constitué.

• **Face à un même événement traumatique, certaines personnes - et non toutes - vont développer une symptomatologie traumatique, sévère ou modérée, transitoire ou durable.** Il est très difficile de déterminer des facteurs prédictifs. La demande de soins et d'aide ayant lieu dans l'après-coup du traumatisme, ce sont le sens et l'inscription du trauma dans l'histoire du sujet qui constituent les objectifs des thérapies et du soutien psychologique.

Les violences extrêmes ne se réduisent pas à l'agression physique, elles sont des processus de destruction de l'intégrité psychique, sociale et relationnelle (voir Torture, guide 2008).

• **Si une approche symptomatologique et diagnostique est importante pour ne pas « passer à côté » de troubles qui peuvent être graves et invalidants,** l'approche clinique de la question du traumatisme ne saurait s'y résumer. Les actes de violences, particulièrement lorsqu'ils sont répétés, et/ou lorsqu'une intentionnalité destructrice ou négatrice y est à l'œuvre, comme c'est le cas dans la torture et dans le viol, constituent des ruptures existentielles pour celles et ceux qui y ont été soumis. Ces actes de violence touchent à des éléments fondamentaux de l'identité et du narcissisme, ainsi qu'au rapport aux autres. Ils changent la vision du monde de ceux qui les ont subis, ainsi marquée par la confrontation au réel de la mort et par l'expérience de la volonté d'anéantissement d'un être humain par un autre.

• **Les syndromes psychotraumatiques ont un impact sur la vie quotidienne des exilés** Le syndrome de répétition empêche l'inscription dans le présent, ainsi que la possibilité d'envisager l'avenir. Les nuits agitées ou trop courtes épuisent. La mémoire et la concentration sont défaillantes, les rendez-vous oubliés. C'est parfois tout le rapport au temps et à l'espace qui subit une altération, la découverte d'un nouvel environnement demandant à l'inverse de pouvoir se repérer et de mobiliser des ressources psychiques. Les personnes souffrent de ne pas « se reconnaître », de ne pas être en mesure de faire face aux



exigences de témoignage et aux démarches qui leur sont demandées dans leur parcours d'exil. Cela accroît leur souffrance subjective et leur sentiment d'échec. Comprendre les effets des traumatismes permet aux professionnels de ne pas mésinterpréter certaines attitudes et certains comportements des exilés.

DÉPRESSION

• **Les épisodes dépressifs caractérisés (« dépression majeure ») sont associés à une mortalité élevée**, 15 à 20% des personnes souffrant de tels troubles étant susceptibles de commettre un suicide (OMS, 2001). Si la prévalence de la dépression majeure parmi les exilés est comparable à celle de l'ensemble de la population, elle peut être plus fréquente chez les personnes les plus vulnérables, femmes et mineurs étrangers isolés, demandeurs d'asile et « sans-papiers ». Les principes généraux de la prise en charge médico-psychologique doivent être appliqués en tenant compte du contexte social et administratif du malade et de la demande de soins.

• **La tristesse est au premier plan du syndrome dépressif, associée à :**

- Un ralentissement psychomoteur et psychique : asthénie (fatigue), aboulie (manque de volonté), anhédonie (perte de plaisir et désintérêt généralisé), troubles de l'attention et de la mémoire, ruminations obsédantes ;
- des troubles somatiques : anorexie (perte d'appétit), insomnie ; mais aussi troubles digestifs, douleurs neuromusculaires ;
- une irritabilité ou une anxiété pouvant se manifester par crises d'angoisses / attaques de panique ;
- un désir de mort et des idées suicidaires : **lorsque celles-ci s'accompagne d'un « plan » précis (date, lieu, mode opératoire), la nécessité d'une prise en charge psychiatrique en urgence doit être évaluée ;**
- l'autodépréciation, les sentiments d'isolement et d'abandon, le pessimisme et la perte d'espoir font partie des représentations « négatives » évocatrices d'une dépression. Ces symptômes apparaissent en rupture avec l'état antérieur du patient.

• **La prédominance des plaintes somatiques peut masquer une dépression.** L'asthénie, l'aboulie, l'insomnie et les douleurs sont au premier plan. Elles sont souvent



multiples, atypiques, diffuses, changeantes, plus souvent à la tête et au ventre. Un tel syndrome peut toutefois évoquer un syndrome psychotraumatique. La discordance entre les symptômes allégués et l'importance de l'incapacité fonctionnelle qui en résulte plaide alors en faveur d'une dépression associée.

• **La dépression sévère (appelée parfois « dépression mélancolique ») est plus rare mais plus grave.**

Elle se caractérise par :

- une douleur morale intense, des difficultés accrues de communication ;
- des idées de culpabilité et d'incurabilité, des idées suicidaires ;
- une altération de l'état général avec délabrement de l'aspect physique.

Les antécédents de dépression sévère, l'ancienneté des troubles ou l'apparition d'idées délirantes sont autant de facteurs du risque suicidaire.

Troubles du sommeil et anxiété

• **Les difficultés d'endormissement, les réveils précoces, les cauchemars récurrents ou l'impression de ne pas dormir du tout constituent des plaintes fréquentes des patients au cours des consultations.** Consécutifs aux violences de l'exil et de l'exclusion, aux violences subies dans le pays d'origine, ils peuvent être l'expression de troubles psychologiques sévères et nécessitent une prise en charge médico-psychologique spécifique. Il n'est cependant pas inutile de proposer dans un premier temps des conseils simples pour faciliter l'endormissement : éviter les stimulants (caféine, alcool, tabac) et un repas trop riche le soir, ne pas dormir le jour après une mauvaise nuit pour ne pas inverser le rythme veille/sommeil. La prescription de tisanes ou de comprimés à base de plantes comme la valériane peut-être utile.

• **Lorsque l'insomnie est invalidante et qu'un traitement paraît indispensable il est recommandé de prescrire une cure de courte durée.** Les benzodiazépines et/ou apparentés (zolpidem et zopiclone) entraînent en effet une accoutumance et une dépendance très rapidement, et sont responsables de syndrome de sevrage. Dans l'expérience du comede, le recours à l'hydroxyzine (ATARAX®, antihistaminique) est une alternative efficace pour des troubles du sommeil à composante anxieuse.



• **L'anxiété est fréquente chez les patients exilés, notamment chez les primo-arrivants.** Elle se révèle par de nombreux symptômes qui entraînent une véritable souffrance : agitation, fatigabilité, tension musculaire, troubles de la mémoire et du sommeil, peur de « ne pas y arriver ». L'accompagnement médical par des consultations rapprochées, le soutien psychologique et social, ainsi que la psychothérapie améliorent les symptômes.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES TROUBLES PSYCHIQUES

• **Souvent sollicité en premier devant les plaintes somatiques, le médecin généraliste peut jouer le rôle de pivot dans l'accompagnement global** entre les soignants, les travailleurs sociaux et les associations de soutien. L'examen clinique, le bilan de santé (incluant un bilan thyroïdien), et les traitements symptomatiques peuvent constituer une première approche. L'accessibilité de la structure de soins, sa qualité d'accueil, la souplesse du cadre du suivi, la présence d'un interprète professionnel chaque fois que nécessaire sont des éléments essentiels de la prise en charge (*voir Interprétariat, guide 2008*).

• **Le traitement par médicaments antidépresseurs est indiqué en cas de dépression confirmée, invalidante, avec retentissement fonctionnel et social important.**
Il n'est pas justifié dans les états de tristesse non pathologiques. Le médicament antidépresseur doit être choisi au vu de sa balance bénéfice-risque. S'il est bien toléré (pas ou peu d'effets secondaires) par le patient, mais perçu comme inefficace, il est préférable d'attendre 6 semaines avant de modifier la posologie. L'augmentation trop rapide des doses de médicament expose à des effets secondaires qui conduisent à l'arrêt du traitement.

• **Le suivi médical doit être régulier** pour évaluer le bénéfice thérapeutique et l'intérêt de poursuivre ou non le traitement après la rémission des symptômes (phase de consolidation) :

- **les imipraminiques** (tricycliques ou non) sont les médicaments de référence en cas de dépression sévère, mais peuvent provoquer des effets indésirables (sécheresse de bouche, constipation, somnolence, troubles ophtalmologiques et urinaires) : clomipramine 75 à 150 mg/j en 1 prise par paliers initiaux de 25 mg/j. L'amitriptyline peut être utilisée en cas de douleurs physiques associées à la dépression :



Voir aussi :

- Le bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles anxieux, et des troubles dépressifs et des troubles Afssaps, octobre 2006
- Les thématiques Prescrire, Médicaments à visée psychotropes, Session janvier-avril 2011

la solution buvable permet la prescription de doses progressives (gouttes à 1mg) limitant les effets secondaires (solution à 40 mg/ml et cp à 25 et 50 mg);

- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont mieux tolérés, mais ont une efficacité moins régulière : paroxétine 20 à 40 mg;
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN, EFFEXOR);
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO);
- parmi les autres antidépresseurs, la miansérine a une action plus anxiolytique : 30 à 60 mg/j le soir (athymil ou Gé cp 30 mg).

• **L'amélioration des symptômes apparaît après 2 semaines, et le traitement sera prolongé 6 mois à 1 an.** L'arrêt du traitement doit être progressif et programmé avec le patient, sous peine de rechute. Si durant cette période d'arrêt progressif, les symptômes réapparaissent, il est conseillé de reprendre le traitement à la dose initiale. Il n'y a pas lieu d'associer systématiquement en début de traitement, un anxiolytique ou un hypnotique. Toute éventuelle association avec un autre psychotrope doit être brève et rapidement réévaluée. Il est essentiel d'être à l'écoute des patients pour dépister les effets secondaires des médicaments dont certains justifient la prescription de doses plus faibles voire l'arrêt du traitement.

RECOURS AU PSYCHIATRE OU AU PSYCHOTHÉRAPEUTE

• **Le recours au psychiatre, ponctuel ou en relais du médecin, est indiqué en cas d'incertitude sur le diagnostic ou le traitement, ainsi que pour les patients psychotiques (délires, hallucinations...).** Les dépressions sévères relèvent également d'un suivi psychiatrique et parfois d'une hospitalisation en urgence. Une psychothérapie associée au traitement psychotrope doit être proposée au patient dans le cas des dépressions modérées. Dans les périodes de crises et les états dépressifs majeurs, il est recommandé d'initier le traitement avant d'orienter vers un psychothérapeute, afin que les personnes puissent être en mesure de mobiliser leurs ressources psychiques dans un travail d'élaboration.

• **Une prise en charge psychothérapeutique doit être proposée aux personnes souffrant de psycho-traumatisme.** Dans certains cas, des traitements adjuvants peuvent être utiles, principalement antalgiques, antispasmodiques, anxiolytiques ou hypnotiques (en cure courte). Les antidépresseurs ne sont pas



indiqués (*voir supra*). En cas de syndrome psychotraumatique sévère ou complexe, le TERCIAN® à doses faibles (25 mg le soir au coucher) améliore les symptômes (angoisses massives, pseudo-hallucinations, troubles du sommeil). L'ostéopathie peut soulager certaines douleurs lésionnelles, en permettant aux patients de retrouver un contact de toucher « réparateur », à distance des sévices physiques.

• **L'hospitalisation peut être indiquée dans certaines**

situations : risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, état dépressif sévère ou mélancolique, initiation d'un traitement neuroleptique en cas de délire ou d'hallucinations au premier plan du tableau clinique. Par ailleurs, pour les personnes en très grande précarité sociale et souffrant de troubles psychiques, l'épuisement peut-être une indication pour une hospitalisation, afin de minimiser les risques de passages à l'acte suicidaire et/ou le risque de décompensation massive d'une pathologie psychique plus grave.

Dispositifs psychiatriques

Des psychiatres sont présents dans les urgences générales des hôpitaux. Les centres d'accueil et de crise (CAC), sectorisés, reçoivent les personnes en urgence et peuvent proposer des hospitalisations de courte durée. Les équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) vont à la rencontre des personnes en souffrance psychique en situation de précarité et d'exclusion. Elles ont aussi un rôle de soutien pour les équipes sanitaires et sociales. Elles constituent un dispositif complémentaire aux secteurs, dont la vocation est de s'adapter aux problématiques de personnes ne formulant pas d'emblée de demande de soins. À Paris, le CPOA (centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) reçoit en urgence et sans rendez-vous, jour et nuit, sans interruption. Outre l'évaluation et la prise en charge en urgence pour une hospitalisation, le CPOA joue un rôle d'orientation et de sectorisation de personnes ne pouvant bénéficier directement d'une prise en charge de proximité du fait de l'absence de logement stable.

PSYCHOTHÉRAPIE

• **Une écoute hospitalière et ouverte.** Les conditions réelles et symboliques de l'accueil dans les institutions et structures médico-sociales sont essentielles afin que les exilés puissent



exprimer librement leurs besoins et demandes. Il s'agit d'accueillir ce qui se dit, mais aussi les silences, en respectant le rythme de chaque patient, et en prenant garde à ne pas être dans une posture d'interrogatoire. Avant qu'un travail d'élaboration, de mise en histoire du trauma et de l'exil ne soit possible, la psychothérapie a vocation à rétablir un lien de confiance à travers la relation entre deux êtres humains, au-delà de l'asymétrie de la relation soignant-soigné, des différences de genre, d'âge et de culture.

• **Bienveillance et reconnaissance.** Face aux récits d'exil et de violence, le psychothérapeute ne peut se retrancher derrière une hypothétique neutralité. La tristesse, la colère, l'indignation, la compassion sont inévitables et parfois nécessaires au processus psychothérapeutique. Les émotions, particulièrement les affects de honte et de culpabilité, sont souvent rejetées consciemment ou inconsciemment par les patients, car insupportables, invivables. Ressenties par et en présence du thérapeute, elles deviennent reconnaissance de la teneur d'inadmissible des situations de violence et d'exil. C'est une condition nécessaire à ce que des pensées, images, émotions « mobiles » et supportables émergent en lieu et place de la répétition traumatique, de l'angoisse et de la détresse qui figent le fonctionnement psychique.

• **Construction commune d'un espace de soin.**

Le cadre de la psychothérapie est partagé et discuté lors des premières consultations. En effet, patient et psychothérapeute ne partagent pas les mêmes représentations et connaissances du soin psychique. Il est donc nécessaire de construire ensemble un espace thérapeutique que chaque patient puisse investir comme sien. Cela signifie entre autres que la fréquence et la régularité des entretiens soient décidées en commun et adaptées à la situation sociale, mais aussi l'état psychique du patient. Il est souvent utile de demander au patient ce que représente pour lui un psychologue ou un psychothérapeute, et ce qu'il imagine de son rôle. Le corollaire pour le psychothérapeute consiste à expliquer le cadre de la psychothérapie, c'est-à-dire la confidentialité des entretiens, l'impartialité du thérapeute, et la liberté donnée au patient de parler de tout ce qu'il souhaite, mais aussi de garder le silence. Il peut aussi être important de dire au patient ce que l'on ne peut pas faire en tant que thérapeute (par ex. trouver un hébergement ou donner des médicaments).



• **Ce partage du cadre de la psychothérapie a pour but de donner un rôle actif à des personnes qui, lors des violences, avaient été contraintes à la passivité.** Il participe à réhabiliter l'espace psychique propre et à réinvestir la parole. Il permet aussi de prévenir l'arrêt soudain et sans discussion préalable de la psychothérapie. Enfin, cette « co-construction » du cadre constitue un garde-fou pour le thérapeute, qui face à des sujets en détresse psychique et se vivant très dépendants d'un autre secourable, risque à son insu de succomber au mirage d'une position de toute-puissance.

PERSPECTIVES POUR L'ACCOMPAGNEMENT DES SOIGNANTS

• **Inhérent à tout accompagnement d'une personne qui souffre, le risque d'épuisement professionnel est majoré lorsque cette souffrance apparaît entretenue par notre propre société, perçue comme inhospitalière vis-à-vis des migrants/étrangers.** Il n'est ni souhaitable ni possible de faire abstraction du contexte social, administratif et politique dans lequel s'exprime la demande d'accueil et de soin. Un sentiment d'impuissance peut survenir devant la faiblesse des moyens dont les professionnels disposent pour aider ces patients à être en « bonne santé ». Le désespoir des patients peut ainsi sembler logique, cohérent et sans issue. On peut alors perdre de vue le sens d'un accompagnement social, médical ou psychologique.

• **Le risque de « contagion du trauma ».** Pour les professionnels exerçant auprès des exilés, le risque d'une forme de traumatisation « par contagion » ou « par identification » se pose. Elle s'accompagne d'une symptomatologie ressemblant à celle des syndromes psychotraumatiques, mais sans la présence d'un syndrome d'intrusion constitué : troubles du sommeil, sentiment de vulnérabilité et d'insécurité, troubles somatoformes, perte d'estime de soi sur le plan personnel et professionnel, sentiments de détresse et d'impuissance.

• **Au-delà du retentissement individuel de l'accompagnement des exilés, les équipes, en tant que groupes, peuvent « dysfonctionner » en reproduisant les éléments des problématiques rencontrées par les patients :** perte de confiance mutuelle, clivage des équipes en « clans », circulation empêchée de la parole, agressivité et suspicion envers les patients. Des espaces de parole et d'expression des ressentis et des émotions doivent être aménagés, afin

L'exigence inappropriée du « certificat médical » pour les demandeurs d'asile peut accentuer les effets du trauma

(voir Certification et demande d'asile, guide 2008), lorsque sous la pression de l'entourage, des soutiens ou encore des instances d'attribution du statut de réfugié, l'exilé est sommé de témoigner dans des conditions de temps et de lieu qu'il n'a pas choisies, et le plus souvent dans l'urgence, des sévices infligés par ses bourreaux.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Barrois C., *Les Névroses traumatiques*, Dunod, Paris, 1998

Baubet T., Moro, M.-R., *Psychopathologie transculturelle*, Masson, Paris, 2009

Bessoles P., *Victimologie* (trois tomes), Presses Universitaires de Grenoble, 2008.

Damiani C., Lebigot F. dir, *Les Mots du trauma* ed. Philippe Duval, Savigny-sur-Orge, 2011

Herman J., *Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, J Trauma Stress 1992; 5: 377-91

de prévenir et minimiser les risques psycho-sociaux. Des supervisions d'équipe, introduisant un tiers régulateur et permettant une prise de distance par l'élaboration des affects et des représentations en jeu peuvent être pertinentes. Les réunions pluridisciplinaires, autour des situations des personnes reçues permettent de consolider la responsabilité clinique collective, la prise de distance et la compréhension des rôles de chacun. Enfin, la solidarité interprofessionnelle doit être favorisée, comme le partage et l'appropriation par tous les intervenants du sens politique et clinique de l'action auprès des exilés, pour éviter que les liens humains et de pensée ne soient attaqués par l'action « par ricochet » du traumatisme.

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR PAGE 222)

• La demande de carte de séjour pour raison psychiatrique doit faire l'objet d'une évaluation médico-psycho-juridique.

Cette évaluation devra tenir compte, en plus de la disponibilité du traitement psychotrope dans le pays d'origine ;

- du risque d'aggravation de l'état psychique du patient, et notamment du risque suicidaire. L'OMS estime à 15 à 20 % le nombre de personnes souffrant d'une dépression susceptible de commettre un suicide ;
- de la perte de chance d'amélioration de son état psychique en cas de rupture de la continuité des soins, particulièrement de séparation brutale avec le/la psychothérapeute ;
- pour les personnes ayant subi des violences à l'origine de leur exil, du risque de traumatisme secondaire par réimmersion contrainte dans l'environnement traumatogène ;
- du risque de rejet, de violences, de traitement inhumain et dégradant dans certaines sociétés où les personnes souffrant de troubles psychiques sont particulièrement stigmatisées et exclues.

• Une attention particulière doit être portée aux possibles ambiguïtés de la délivrance d'un titre de séjour pour raison psychiatriques. Il arrive en effet que la demande initiale aboutisse à la délivrance d'un titre de séjour, le plus souvent précaire, lequel sera renouvelé ou non au terme de la prise en charge. Il ne le sera pas pour un patient « guéri », par exemple, de sa dépression. Dans cette situation, le trouble psychique peut devenir la justification même du statut social espéré pour les étrangers « sans-papiers », dans une logique humanitaire paradoxale. Ces risques doivent être exposés au patient.

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Comparativement à l'ensemble de la population, les migrants/étrangers, et particulièrement les femmes, payent un lourd tribut à l'épidémie de VIH. L'épidémie affecte essentiellement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en métropole, ou d'Amérique dans les Antilles françaises et en Guyane. La combinaison de multiples facteurs de vulnérabilité entraîne des retards au dépistage ou aux soins. Ces facteurs doivent être pris en compte afin d'élaborer avec les patients et les populations de migrants/étrangers des programmes de prévention et de dépistage adaptés.



Voir aussi Bilan de santé, guide 2008

Traitement d'urgence en cas de risque d'exposition au VIH

Rapport sexuel non protégé, rupture de préservatif, piqûre accidentelle, partage de seringue, etc.

Sida Info Service
0800 840 800, 24h/24

Pour limiter le risque de contamination, il faut se rendre le plus tôt possible après la situation à risque d'exposition au VIH, au mieux dans les 4 heures et au plus tard dans les 48 heures, aux urgences de l'hôpital le plus proche. Le médecin pourra évaluer avec vous le risque qui a été pris et la nécessité de débiter un traitement antirétroviral d'urgence.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH (SOURCES : INVS, OMS, ONUSIDA)

• **L'infection à VIH-sida est une pandémie mondiale.** En 2011, 34 millions de personnes vivaient avec le VIH (PVVIH), dont 23,5 millions en Afrique subsaharienne. Seulement 8 millions de malades avaient accès aux antirétroviraux, alors que 1,7 million de personnes sont décédées de causes liées au VIH, en premier lieu la tuberculose. L'épidémie touche en particulier les femmes (63 % des cas entre 15 et 24 ans), le VIH étant la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer. En dehors de l'Afrique, les autres régions de développement important de l'épidémie sont l'Asie, l'Amérique latine et l'Europe de l'Est. Le VIH est surtout transmis par voie sexuelle, mais la transmission par voie sanguine (injections, vaccinations, transfusions, actes de modification corporelle...) et la transmission materno-fœtale ne sont pas rares en l'absence de politique de prévention au sein de nombreux pays au système de santé déficient (absence de matériel à usage unique notamment).

• **En France, la diminution des cas de sida permise par la diffusion des multithérapies à partir de 1996-1997 est moins forte parmi les migrants/étrangers que parmi les Français.** Principalement originaires d'Afrique subsaharienne, les migrants/étrangers constituent depuis lors une part importante des cas d'infection à VIH. Le nombre de nouveaux

cas (6265 en 2010) est stable depuis 2007 après une baisse significative entre 2004 et 2007. La proportion d'hommes découvrant leur séropositivité a augmenté à 68 % (57 % en 2003). La moitié (52 %) des nouveaux cas concernent des personnes nées en France et 32 % des personnes nées en Afrique subsaharienne (59 % des nouveaux cas chez les femmes). La proportion de personnes nées à l'étranger est plus élevée en Île-de-France, en Guadeloupe et en Guyane. La proportion de personnes nées en France et en Europe a régulièrement augmenté entre 2003 et 2010, alors que la part des personnes nées en Afrique subsaharienne a diminué (de 44 à 32 %). En 2011, le dépistage reste trop tardif pour l'ensemble de la population avec seulement 36 % de nouveaux diagnostics à un stade précoce et 30 % au stade sida.

• **La part croissante des migrants/étrangers dans l'épidémiologie du VIH en France et en Europe traduit principalement la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine**, particulièrement pour l'Afrique subsaharienne et Haïti qui cumulent les causes politiques et économiques de l'exil et de la migration. La part des personnes venues chercher un traitement inaccessible dans leur pays est très minoritaire. Dans l'observation du Comede (*voir Épidémiologie, guide 2008*), les prévalences les plus élevées sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique centrale (femmes 32, hommes 14), d'Afrique de l'Ouest (femmes 43, hommes 9), d'Afrique de l'Est (femmes 44) et de Haïti (hommes 15), alors que 89 % des personnes concernées ont découvert leur maladie en France.

SPÉCIFICITÉS ET FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉPIDÉMIE DE VIH CHEZ LES MIGRANTS/ÉTRANGERS

• **Les facteurs socio-économiques ont une influence déterminante dans les comportements face à la prévention, au dépistage, à l'accès aux soins et à l'observance** (*voir Exil et santé, guide 2008*). Ils se traduisent par :

- un accès limité aux actions d'information, de sensibilisation et de prévention ;
- un moindre recours au dépistage, qui entraîne un accès plus tardif aux traitements ;
- un partage possible des traitements avec des proches, en France ou dans le pays d'origine.

Toutefois, lorsque la prise en charge médico-psycho-sociale tient

Pour en savoir plus sur l'épidémiologie de l'infection à VIH en France :

Institut de veille sanitaire (InVS),
www.invs.sante.fr



compte des facteurs de vulnérabilité des personnes, l'observance et le bénéfice des traitements (diminution des décès, maintien de l'état de santé) sont comparables entre les patients étrangers et français.

Les facteurs socioculturels sont importants, mais peuvent donner lieu à des interprétations abusives. Un dialogue en confiance permet d'en appréhender la complexité et d'en comprendre les spécificités. Ces facteurs sont en lien avec :

- la place de l'individu dans le groupe social : le groupe (famille, communauté) détermine l'identité et la place de l'individu. Il est parfois difficile à celui-ci de s'en dégager, mais, les éléments culturels n'étant pas figés, l'évolution sociale est toujours possible ;
- la tolérance vis-à-vis des différences : certains comportements sexuels existants, comme l'homosexualité ou la sodomie chez les hétérosexuels, restent peu acceptés dans beaucoup de communautés et sont souvent interdits par la religion ;
- les règles de la vie privée, singulièrement la faible autonomie des femmes dans le couple, qui restreignent leur libre choix dans les pratiques sexuelles et les stratégies de prévention. La plupart du temps, les comportements des migrantes/étrangères s'inscrivent dans un schéma de domination masculine ;
- la structure familiale : les règles du lignage et du mariage, les situations matrimoniales (monogamie, polygamie, lévirat, sororat, *voir aussi Mariages forcés, p. 271*) peuvent influencer l'accès au dépistage, mais doivent être interprétées avec prudence en se gardant de généralisations rapides et abusives ;
- les pratiques initiatiques sexuelles (circoncisions et mutilations sexuelles féminines, *voir p. 265*), qui ne donnent pas non plus lieu à des interprétations univoques en matière de prévention du VIH. Si la circoncision peut parfois limiter le risque de contamination virale, suite à la kératinisation du gland après l'ablation du prépuce, elle ne protège en rien des ulcérations génitales et des autres IST. Les mutilations sexuelles féminines exposent à de nombreuses complications, dont le VIH ;
- les pratiques sexuelles exposant à des lésions génitales féminines importantes (irrigations génitales, « dry sex » destiné à donner plus de plaisir au partenaire), lesquelles favorisent les infections génitales et le risque de VIH ;
- toutes les religions monothéistes, qui mettent en avant les concepts d'abstinence et de fidélité au sein du couple, ou de la famille polygame, comme modèle de prévention du risque de VIH. Sont ici liées les questions des exigences d'un idéal de foi, des aléas de la vie sexuelle et/ou conjugale et les nécessités de rechercher des alternatives à un modèle idéalisé de prévention inscrivant la réflexion des migrants dans des plans personnalisés de réduction des risques.



• **Certaines difficultés des migrants/étrangers face au VIH-sida en France tiennent aux capacités d'accueil et de prise en charge de notre système de santé**, notamment :

- un faible recours par les structures de soins à l'interprétariat professionnel (*guide 2008*);
- un dispositif limité de médiation de santé publique. Issus du groupe social ou communautaire dont ils se sentent proches, les médiateurs de santé publique n'ont pas pour mission de se substituer aux professionnels de la santé et du social, mais d'agir en synergie avec eux, d'assurer le lien dans le cadre du projet préventif et thérapeutique entre les professionnels et les publics concernés, de clarifier et d'interpréter le symbolique requis;
- des regards souvent biaisés des acteurs sanitaires et sociaux sur les migrants/étrangers : biais d'interprétation par référence à des a priori sources de préjugés; recherche de recettes parfois stéréotypées; fascination excessive à l'égard des explications magico-religieuses ou exotisantes, ce qui renforce une lecture culturaliste et empêche de rechercher d'autres interprétations concurrentes des situations observées.

• **Sida Info Service : numéro vert (gratuit depuis un poste fixe) 0800 840 800, 7 jours sur 7, 24 h/24**

Espace Internet dédié aux personnes séropositives et à leurs proches www.sidainfoplus.fr

• **Crips (centres régionaux d'information et de prévention du sida), coordonnées sur www.lecrips.net/reseau.htm**

Quelques **associations** d'information et de soutien :

- **Act-Up Paris**, Tél. : 01 49 29 44 75 (84)
Fax : 01 48 06 16 74, www.actupparis.org
- **Aides**, Tél. : 01 41 83 46 46 - Fax : 01 41 83 46 49
www.aides.org
- **Arcat**, Tél. : 01 44 93 29 29 - Fax : 01 44 93 29 30
www.arcat-sante.org
- **Ardhis**, Tél. : 06 19 64 03 91
- **Comede**, Tél. : 01 45 21 38 40 - Fax : 01 45 21 38 41
www.comede.org
- **Ikambere**, La maison accueillante, Tél. : 01 48 20 82 60
Fax : 01 42 43 69 92, www.ikambere.com
- **Médecins du monde**, Tél. : 01 44 92 15 15
Fax : 01 44 92 99 99, www.medecinsdumonde.org
- **Sida Info Service**, Tél. : 01 44 93 16 16
Fax 01 44 93 16 00, www.sida-info-service.org
- **Sidaction**, Ensemble contre le sida, Tél. : 01 53 26 45 55
Fax : 01 53 26 45 75, www.sidaction.org



- **Sol En Si**, Solidarité Enfants sida, Tél. : 01 44 52 78 78
Fax : 01 42 38 91 63, www.solensi.org
- **Solidarité sida**, Tél. : 01 53 10 22 22
Fax : 01 53 10 22 20, www.solidarite-sida.org
- **Survivre au sida**, Tél. : 0870 445 368
www.survivreausida.net

PRINCIPES ET MESSAGES DE LA PRÉVENTION DU VIH

• **La consultation médicale demeure un moment privilégié pour une mission de prévention.** Pour les médecins, mais également pour tous les autres acteurs de santé, la prévention n'est pas une option, mais une mission à part entière. Pourtant, dans l'état actuel du système de santé, il leur est parfois difficile de ménager une place pour une médecine qui, en plus de soigner, accompagne et prévient. Si les campagnes institutionnelles et associatives peuvent jouer leur rôle, la parole du médecin relayée par celle de l'infirmière, du travailleur social et/ou du médiateur de santé publique reste essentielle dans la promotion et l'application des comportements de prévention.

• **L'intervention de prévention en consultation médicale individuelle permet d'adopter une stratégie d'information-conseil personnalisée, le counseling,** dont l'efficacité est largement étayée par la littérature. Au-delà de l'information sur les modes de transmission, il est nécessaire d'aborder avec la personne sa perception des risques, son attitude à l'égard des préservatifs (masculin/féminin), ses capacités de négociation lors de rapports sexuels, ainsi que ses connaissances sur les facteurs surdéterminants de la prise de risque (*voir supra*), et ce dans le respect de ses représentations de son rapport au plaisir et de ses processus psychologiques. Le soignant peut se faire aider, dans cette démarche parfois complexe, par un interprète professionnel (*guide 2008*) ou un médiateur de santé publique.

Des pratiques et des risques

- embrasser sur la bouche, se caresser, se masturber sont sans risque par rapport au VIH;
- les rapports avec pénétration vaginale et anale sans préservatif constituent des pratiques à risque (le risque est majoré s'il existe d'autres infections sexuellement transmissibles ou en cas de saignement);



- seuls les préservatifs ont prouvé leur efficacité dans la prévention du VIH et des autres IST, à condition d'être correctement utilisés ; la pilule, le stérilet, les spermicides ou le coït interrompu ne protègent pas des IST et du VIH.

• **L'efficacité du préservatif masculin est aujourd'hui admise par la population française, mais sa perception peut différer parmi les migrants/étrangers.**

Un travail d'explication pédagogique et sans fausse pudeur permet d'apporter deux précisions essentielles concernant son efficacité :

- **le préservatif doit être utilisé lors de chaque rapport sexuel**, ce que de nombreux couples tendent à oublier lorsqu'ils s'installent dans une relation durable ;
- **le préservatif doit être utilisé correctement** : pincer le réservoir, ne le dérouler qu'au moment de l'érection, et utiliser des gels à base d'eau.

Mode d'emploi du préservatif masculin en 23 langues

Disponible en albanais, anglais, arabe, bambara, bulgare, nenge tongo, chinois mandarin, créole antillais, créole guyanais, créole haïtien, espagnol, géorgien, kurde, lingala, peul, polonais, portugais brésilien, roumain, serbe, soninké, tchéchène, ukrainien et wolof.

Disponible auprès de l'Inpes, www.inpes.sante.fr

• **D'autres avantages des préservatifs masculins sont utilement présentés :**

- il est un des moyens mécaniques les plus efficaces contre la contamination par le VIH et les IST ;
- il protège d'une grossesse non désirée (une contraception hormonale chez la jeune femme pouvant être associée pour une prévention plus systématique) ;
- il est en latex, donc souple, et peut avoir des textures, des tailles des couleurs ou des goûts différents. En cas d'allergie au latex, il existe aussi des préservatifs en polyuréthane ;
- la norme CE, dans les pays de l'Union européenne, en valide la qualité ;
- il a une date de péremption explicitement écrite pour protéger l'achat de l'utilisateur ;
- certains centres de prévention et de dépistage (dont les centres de dépistage anonymes et gratuits, les CDAG et les centres d'informations, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, les Ciddist, *guide 2008*) et de nombreuses associations de lutte contre le sida en distribuent gratuitement.



• **Prévention auprès des femmes.** La vulnérabilité particulière des femmes face au risque de contamination par le VIH doit être prise en compte en matière de prévention. Les facteurs de vulnérabilité spécifiques sont physiologiques (risque supérieur de contamination dans le sens homme/femme en raison du caractère plus contaminant du sperme et d'une plus large surface des muqueuses avec risques de microlésions), et psycho-sociaux, souvent mal assumés, liés aux capacités d'autonomie et d'accès à la parole. Pour certaines femmes, dont l'espace de négociation sexuelle est très réduit, la proposition du préservatif au partenaire peut faire soupçonner l'infidélité.

• **Le préservatif féminin constitue un progrès majeur en matière de prévention, car son usage relève en priorité de la volonté de la femme** (distribué gratuitement dans les CPEF, les CDAG et certaines associations; Sida Info Service: 0800 840 800). Son efficacité dans la prévention des IST est démontrée, mais sa diffusion reste plus confidentielle, en raison de son coût, de son aspect et de modalités d'utilisation semblant complexes au début. Il convient d'expliquer aux femmes mais également aux hommes au sujet du préservatif féminin que :

- c'est un outil de prévention dont la femme peut avoir la maîtrise;
- cela peut être une alternative lorsque l'homme ne supporte pas le préservatif masculin ou se plaint de troubles de l'érection lorsqu'il doit l'utiliser;
- de par sa nature en polyuréthane, il est plus solide que le préservatif masculin et constitue une alternative à celui-ci;
- il recouvre la vulve, ce qui le rend plus protecteur que le préservatif masculin face aux IST;
- il peut être mis avant les préliminaires du rapport sexuel;
- sur le plan des sensations, il transmet mieux la chaleur et ne s'échauffe pas lors de rapports sexuels, car il est fortement lubrifié;
- il permet également d'ouvrir un dialogue sur l'attitude à l'égard des préservatifs en général.

Mode d'emploi du préservatif féminin

Disponible en français, anglais, créole antillais et russe.

Disponibles auprès de l'Inpes, www.inpes.sante.fr



PARTENAIRES ET OUTILS DE LA PRÉVENTION DU VIH

• **Rôle des migrants/étrangers et des associations dans les actions de prévention.** De nombreux programmes ou projets de prévention sont élaborés par la direction générale de la santé DGS, l'Inpes, les CRIPS, les associations de prévention du VIH en direction des migrants. Les méthodologies utilisées associent les programmes généralistes de la prévention à des approches plus communautaires, pour répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes/étrangères. Plusieurs supports de communication et d'information (vidéo, roman-photo, site Internet, bande dessinée) ont été utilisés avec le concours des migrants, pour les migrants. Des méthodes innovantes d'intervention auprès des migrants se sont adaptées aux lieux fréquentés notamment par des communautés africaines : salons de coiffure, *n'gandas* (bars-restaurants), stades de football...

Pour télécharger et commander gratuitement des outils de prévention du VIH pour les migrants

Inpes, www.inpes.sante.fr

La santé pour tous, un site d'information destiné aux migrants

www.lasantepourtous.com

• **Les professionnels de santé et les associations doivent pouvoir se servir des outils de prévention existants ou aider à les faire connaître au sein de leurs équipes.** Ces différents outils permettent de sortir du discours injonctif réduit à la nécessité « d'utiliser les préservatifs ». Parler des préservatifs masculin et féminin est souhaitable et possible auprès des migrants/étrangers suivis dans les unités de soins de prise en charge du VIH, au besoin à l'aide d'un interprète professionnel, d'une association ou d'un médiateur de santé publique.

PLACE DU DÉPISTAGE DANS LA PRÉVENTION DU VIH

*Dépistage du VIH-sida chez la personne migrante/étrangère.
Repères pour votre pratique*

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/742.pdf

Brochure Après un test VIH, ne laissez jamais vos questions sans réponses...

www.inpes.sante.fr, Réf 3111-06045-DE

ATTENTION

Ne jamais utiliser
1 préservatif masculin
et 1 préservatif féminin
en même temps.



• **Les discours de prévention auprès des populations migrantes doivent inclure une incitation au dépistage, afin de les faire bénéficier des avancées thérapeutiques de ces dernières années.** Les bénéfices de la prise en charge thérapeutique précoce rendent nécessaire la promotion accrue du dépistage. Le temps de l'entretien prétest est un moment privilégié pour aborder la prévention en s'appuyant sur les situations d'exposition au risque rapportées par les consultants. L'accord du patient pour la pratique du test est obligatoire dans tous les cas (y compris pour le bilan de grossesse), même si la demande peut être induite par le médecin. Les modalités du test, délai et remise des résultats, doivent être expliquées au patient. En cas d'importantes difficultés de communication linguistique, et faute d'un interprète professionnel, le test ne sera pas proposé.

• **Le test de dépistage Elisa combiné** permet la détection des anticorps anti-VIH 1, anti-VIH 2 et de l'antigène p24. Le résultat n'est pas immédiat. Un résultat négatif 6 semaines après le dernier risque d'exposition peut être considéré comme signant l'absence d'infection à VIH. En cas de traitement postexposition (TPE), le délai est de 3 mois après la fin du traitement. Le délai requis pour la remise des résultats est parfois nécessaire au travail psychique du patient. Lors de l'annonce, le médecin s'efforce d'accueillir les réactions psychologiques, d'évaluer la compréhension des résultats en demandant à la personne de reformuler ce qu'elle a compris et de prendre en compte leur signification pour le patient. C'est aussi l'occasion de reprendre les éléments de la première consultation, et de réévaluer la stratégie de réduction des risques. Un résultat positif doit être confirmé sur un second prélèvement.

• **Le test rapide d'orientation et de dépistage (TROD)** est simple à pratiquer, et permet de donner un résultat rapidement 10 à 30 mn en prélevant une goutte de sang au bout du doigt sur un dispositif unitaire. La lecture et l'interprétation sont subjectives. Depuis novembre 2010, ces tests peuvent être réalisés par des professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers...) exerçant dans un établissement ou service de santé ou par des non-professionnels de santé intervenant dans des associations si celles-ci ont été habilitées par l'agence régionale de santé (ARS) à utiliser des TROD. Pour ce test qui est un peu moins performant qu'un dépistage Elisa combiné réalisé sur une prise de sang, un résultat négatif 3 mois (et non 6 semaines) après le dernier risque d'exposition peut être considéré comme signant l'absence d'infection à VIH.



• **L'autotest** est un test de dépistage dans lequel le prélèvement, la lecture et l'interprétation sont réalisés par la personne elle-même. Il n'est pas autorisé fin 2012 en France.

• **Le dépistage peut être réalisé dans un CDAG (centre de dépistage anonyme et gratuit) ou un CIDDIST (centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles).** Suite à diverses recommandations, ce dispositif devrait être rénové, notamment en fusionnant ces deux types de consultations et en expérimentant des structures de type « centres de santé sexuelle ». Il est également possible de faire un test avec ou sans ordonnance (mais dans ce dernier cas il n'est pas remboursé) dans un laboratoire d'analyses médicales.

• **Quand faire ou proposer un test ?** Selon les recommandations 2009 de la Haute Autorité de Santé, le dépistage en population générale doit être réalisé au moins 1 fois au cours de la vie sans notion de risque. Le dépistage ciblé et régulier – au moins une fois par an – est recommandé pour les populations à risque :

- les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes (HSH);
- les hétérosexuels qui ont eu plusieurs partenaires dans les 12 derniers mois;
- les populations des départements français d'Amérique (Antilles et Guyane);
- les usagers de drogues par voie intraveineuse;
- les personnes originaires de zones de haute endémie (Afrique subsaharienne et Caraïbes);
- les personnes en situation de prostitution;
- les partenaires de personnes infectées par le VIH.

L'infection à VIH, quel qu'en soit le stade, est une maladie à déclaration obligatoire (DO). La DO est destinée à la connaissance des différentes formes de la maladie et des populations les plus exposées. La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH permet d'améliorer la prévention et la prise en charge médico-sociale des personnes concernées et de leur entourage. Lors d'un résultat positif de sérologie au laboratoire, le biologiste doit remplir une fiche de notification composée de 5 feuillets. Il établit le code d'anonymat, complète le feuillet 1, et l'adresse à l'ARS. Il adresse au médecin prescripteur les feuillets 2 et 3 avec les résultats du test conservé, et le feuillet 4 au CNR (Centre national de référence du VIH). Il conserve le feuillet 5 pendant 6 mois. Le médecin doit informer le patient sur la notification obligatoire et la surveillance virologique



(participation volontaire pour l'étude des sous-types viraux), complète le feuillet 2 qu'il adresse à l'ARS, et garde le feuillet 3 pendant 12 mois. Le médecin inspecteur de santé publique de l'ARS valide les fiches pour les adresser à l'InVS qui élimine les doublons et ré-anonymise lors de la saisie.

• **Place du traitement comme outil de prévention.** Associé aux autres modes de prévention, le traitement, par son action sur la charge virale, présente un intérêt individuel pour le malade infecté et un intérêt collectif en diminuant le risque de transmission :

- le traitement postexposition (*voir supra*);
- le traitement de la prévention de la transmission materno-fœtale au cours de la grossesse (*voir Soins et accompagnement p. 307*);
- le traitement de la primo-infection aigüe, période où la personne a une charge virale très élevée;
- le traitement précoce des personnes infectées (entre 350 et 500 CD4).

Fin 2012, des études étaient en cours pour évaluer l'intérêt d'un traitement antirétroviral pour des personnes séronégatives qui ont des difficultés à utiliser le préservatif.

Livrets de santé bilingues en 24 langues

Disponibles en français, albanais, anglais, arabe dialectal maghrébin, arménien, bengali, bulgare, chinois mandarin, créole haïtien, espagnol, géorgien, hindi, kurde, lingala, ourdou, portugais, pular, roumain, russe, serbe, soninké, tamoul, turc et wolof.

Commandes auprès de l'Inpes (diffusion gratuite) :

Inpes, Service diffusion
42, bd de la Libération, 93203 Saint-Denis cedex



SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (« séropositivité au VIH »), dont le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) représente un stade avancé et mortel en l'absence de traitement, est responsable d'une pandémie à l'échelle mondiale. Pour les personnes prises en charge, les traitements antirétroviraux permettent d'obtenir un équilibre immunovirologique mais non l'éradication virale. L'infection par le VIH devient une maladie chronique, relevant d'un traitement associant en première ligne trois molécules antirétrovirales ou « trithérapie ». Les échecs précoces sont rares lorsque le traitement est bien pris par le patient et conduit par des équipes spécialisées. Pour les migrants concernés, un accompagnement social et juridique doit souvent compléter le suivi médical.



Voir aussi Prévention et dépistage, p. 295

HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE

• **Évolution clinique de l'infection à VIH.** En l'absence de traitement, l'infection à VIH évolue selon trois stades cliniques successifs, avec d'importantes particularités : l'évolution diffère selon le groupe d'exposition et selon les individus, les manifestations cliniques sont très diverses, et les interventions thérapeutiques peuvent être multiples dès la séropositivité.

Classification CDC	Stade A	Stade B	Stade C
Forme clinique	asymptomatique	symptômes mineurs	sida
Durée moyenne	2 à 3 mois	10 ans	4 à 6 ans

• **L'évolution biologique de l'infection par le VIH est un processus continu** dès la contamination, caractérisé par une réplication virale intense et persistante. En l'absence

de traitement, la destruction des lymphocytes T CD4 progresse à un rythme de 50 à 80 CD4/mm³ par an, avec d'importantes variations individuelles. En dessous de 350 CD4/mm³, la diminution des défenses immunitaires peut se traduire par la survenue d'infections ou d'autres affections opportunistes. Indépendamment du risque immunitaire, l'infection par le VIH est à l'origine d'un risque de morbidité et de mortalité (cancers, maladies cardio-vasculaires, troubles neurocognitifs). La stratégie thérapeutique antirétrovirale vise à obtenir une réduction maximale de la réplication virale le plus longtemps possible, ce qui nécessite une éducation thérapeutique adaptée.

• **Lymphocytes T CD4 et charge virale.** Ces indicateurs biologiques sont les meilleurs marqueurs pour assurer le suivi et prendre les décisions thérapeutiques. La numération des lymphocytes T CD4 reflète le degré d'atteinte du système immunitaire et permet de savoir quand commencer les traitements. La charge virale désigne la quantité d'ARN de virus présent dans le sang, reflet de la réplication virale et du risque de transmission du VIH.

• **Particularités de la primo-infection dans l'infection à VIH (stade A).** Un syndrome viral aigu persistant survient dans deux tiers des cas 1 à 6 semaines après le contact contaminant (syndrome mononucléosique non spécifique : fièvre, adénopathies, pharyngite, rash cutané, leucopénie, thrombopénie...). La primo-infection aiguë se caractérise par une sérologie VIH négative ou faiblement positive et un ARN-VIH positif et/ou un Ag24 positif. Dans l'infection récente (de 4 à 6 semaines à 6 mois au maximum après la contamination), la sérologie est positive avec un western-blot incomplet et un ARN positif et/ou un Agp24 positif. Une multithérapie antirétrovirale est indiquée rapidement en cas de manifestations sévères ou de lymphocytes T CD4 < 500/mm³; elle est discutée en cas de forme asymptomatique (*voir infra*). Le suivi doit être effectué par une équipe spécialisée, avec surveillance rapprochée chez les patients non traités. La proposition de dépistage systématique des partenaires est justifiée. La découverte d'une primo-infection par le VIH implique en outre la recherche d'autres IST.

COMPLICATIONS LIÉES AU VIH ET MALADIES OPPORTUNISTES (STADE B ET STADE C)

• **Bien qu'en forte diminution depuis l'introduction des multithérapies antirétrovirales, les maladies opportunistes représentent la moitié des causes de décès** chez les personnes



séropositives. En l'absence de suivi, la tuberculose, le zona, la pneumocystose et la toxoplasmose peuvent aujourd'hui encore révéler une séropositivité. Après la séroconversion, 50 à 70 % des personnes infectées développent des adénopathies généralisées (ganglions), qui doivent inciter à la proposition du test de dépistage du VIH.

• **Les atteintes pulmonaires** restent les infections opportunistes les plus fréquentes :

- la tuberculose (*voir p. 353*) est prépondérante chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-Est. Elle peut se développer précocément ($CD4 \approx 400/mm^3$). Les manifestations cliniques dépendent du degré du déficit immunitaire ;
- la pneumocystose se manifeste par une fièvre isolée ou associée à une perte de poids, de la toux, une dyspnée et évolue vers une insuffisance respiratoire aiguë. Elle survient le plus souvent pour un taux de $CD4 < 200/mm^3$, en l'absence de traitement préventif ;
- des pneumopathies bactériennes peuvent survenir avec une fréquence inhabituelle, le plus souvent dues au pneumocoque ou à *Hæmophilus influenzae* ;
- les infections mycosiques ou virales sont également rares, ainsi que les infections à mycobactéries atypiques, qui surviennent à un stade très avancé du déficit immunitaire ($CD4 < 50/mm^3$) et s'intègrent dans une atteinte multiviscérale.

• **Les atteintes neurologiques** sont surtout dues aux toxoplasmes ou aux cryptocoques, mais peuvent être directement liées au VIH. Leur fréquence augmente avec le degré de déficit immunitaire. Les atteintes du système nerveux central sont des méningites, des encéphalites, des atteintes cérébrales locales ou médullaires. Les atteintes périphériques (mononévrites, polynévrites ou neuropathies) et des muscles peuvent être infectieuses ou toxiques.

• **Les atteintes digestives** sont fréquentes et peuvent survenir avec un taux de $CD4$ peu abaissé. Les infections à *Candida* atteignent la bouche (muquet, glossite atrophique) et l'œsophage. L'herpès peut provoquer des ulcérations sur tout le tractus digestif (faces internes des lèvres, œsophage, côlon, anus). Les diarrhées sont fréquentes à un stade tardif, d'origine parasitaire ou virale, plus rarement bactérienne. Elles peuvent induire une dénutrition aggravant le pronostic vital.



• **Les atteintes cutanéomuqueuses** sont très diverses. D'origine infectieuse ou tumorale, elles peuvent survenir à tous les stades de la maladie : herpès (vésicules péri-orificielles en bouquet), zona fréquent, candidoses vaginales récidivantes, dermite séborrhéique (lésions érythémato-squameuses sur le visage et le cuir chevelu)... La gale est fréquente, parfois atypique (*voir Pathologie courante, guide 2008*). Les toxidermies médicamenteuses disparaissent souvent spontanément.

• **Certaines tumeurs malignes** surviennent plus fréquemment chez les personnes infectées par le VIH, comme les dysplasies évoluant vers le cancer du col de l'utérus ou de la marge anale, les lymphomes hodgkiniens ou non hodgkiniens. Le sarcome de Kaposi est rare chez les patients africains porteurs du VIH.

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT MÉDICAL (VOIR DÉCLARATION OBLIGATOIRE, P. 304)

• **L'annonce de la séropositivité VIH : accueillir les émotions, écouter les silences.** Des rendez-vous rapprochés doivent être proposés, qui permettent de favoriser la compréhension des résultats et la prise en compte de leur signification pour la personne. Il faut envisager avec la personne avec qui elle pourrait en parler, ou se faire aider, discuter des stratégies d'annonce au partenaire (faire appel au médecin, proposer au partenaire de faire ensemble un test, approfondir les possibilités de soutien autour de la personne...).

• **Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation (AMP)** « Alors, je ne pourrai plus avoir d'enfant ? » : la question de la procréation s'impose à la/au patient/e et se pose au médecin très vite après l'annonce de la séropositivité. Quelle que soit la culture, la procréation peut représenter une condition essentielle de l'accomplissement de soi. Le désir d'enfant doit pouvoir être entendu sans préjugé par le soignant. Il est important de susciter la parole autour de cette question que les patients abordent rarement spontanément. L'information doit être claire et objective, en particulier sur les contraintes imposées par l'assistance médicale à la procréation (AMP). L'AMP est possible chez les couples sérodifférents (que ce soit l'homme ou la femme qui soit infecté/e) ou lorsque les deux personnes sont séropositives. Lorsque le projet parental est exprimé, le couple doit être mis en

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport Yeni 2010, Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH, Recommandations du groupe d'experts, ministère de la Santé, La Documentation française

www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2010_sur_la_prise_en_charge_medicale_des_personnes_infectees_par_le_VIH_sous_la_direction_du_Pr_Patrick_Yeni.pdf



Pour les coordonnées des centres d'AMP :
Sida Info Service
0800 840 800
Rapport Yeni 2010,
chapitre VIH et
procréation (voir supra)

contact avec une équipe pluridisciplinaire spécialisée en AMP pour une prise en charge individualisée car différentes techniques sont possibles. Cette équipe procédera à toutes les évaluations nécessaires (fertilité, etc.) en coordination avec le médecin spécialiste du VIH. La prise en charge en AMP, si elle est décidée, est remboursée à 100 % par l'assurance maladie.

• **Prévention du VIH (voir aussi p. 295).** Les soignants ont un rôle très important dans l'information et l'accompagnement en matière de prévention personnalisée. Le contexte socio-culturel doit être appréhendé, notamment chez certains exilés que la découverte de la séropositivité conduit à un grand isolement affectif et social. Des échanges ouverts, plus facilement en fin de consultation, portent sur le partenaire (connaissance de la séropositivité et proposition du test, information sur le traitement en cas de couple sérodifférent), sur le niveau d'information relative aux modes de transmission, l'attitude envers les moyens de prévention et les capacités de négociation avec le partenaire. Le discours de prévention doit être simple : en cas de relation sexuelle, **seuls les préservatifs masculins ou féminins protègent du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.**

• **Prévention des maladies opportunistes.** La prévention de la pneumocystose est justifiée lorsque les lymphocytes T CD4 sont inférieurs à 200/mm³, et celle de la toxoplasmose lorsque la sérologie est positive et que les CD4 sont inférieurs à 100/mm³. Réalisée par le cotrimoxazole (BACTRIM®) 1cp/j à 80/400 ou 1cp/j à 160/800 si CD4 < 100, la prophylaxie mixte peut être interrompue dans la plupart des cas sous traitement antirétroviral quand le taux de lymphocytes T CD4 est supérieur à 200/mm³ depuis au moins 6 mois. Un examen gynécologique annuel avec frottis est recommandé chez les femmes en vue du dépistage précoce d'une dysplasie cervicale utérine.

Suivi médical et biologique

- **Diagnostic sérologique :** détection des anticorps anti-VIH par test Elisa combiné de 4^e génération (détection simultanée des anticorps anti-VIH 1, anti-VIH 2 et de l'antigène p24), confirmé par un test western-blot.
- **Bilan initial :** protection maladie (admission immédiate à la CMU-C/instruction prioritaire à l'AME), ALD 30 - NFS-plaquettes, glycémie à jeun, créatinine, ASAT-ALAT, PhAlc, gGT, bilan lipidique, sérologies VHA, VHB (Ag HBs, Ac HBs, Ac HBe) et VHC, sérologie syphilis (TPHA-VDRL);



sérologie CMV, sérologie toxoplasmose (si négative, prévention hygiéno-dietétique), dosage de la vitamine D ;

- lymphocytes T CD4 et CD8 ;
- quantification de l'ARN-VIH plasmatique (charge virale), test génotypique de résistance avec détermination du sous-type viral ;
- radiographie du thorax ;
- pour les femmes, consultation de gynécologie annuelle.

• **Bilan de surveillance** : tous les 6 mois si CD4 > 500, tous les 3 mois si CD4 < 500

- NFS-plaquettes, lymphocytes T CD4 et CD8, charge virale, ASAT-ALAT, gGT, glycémie à jeun, créatinine ;
- sérologies annuelles de la toxoplasmose, de la syphilis et du CMV si sérologies initiales négatives.

• **Sexualité et VIH (voir aussi guide 2008)**. Le moment de la sexualité venant rappeler la présence du virus, l'infection par le VIH peut représenter une contrainte sur la sexualité, ce d'autant plus dans un contexte d'exil récent. Il est important que les soignants abordent les questions de la sexualité à distance des échanges autour de la prévention, et si nécessaire à l'aide de spécialistes.

• **Grossesse**. La prise en charge des femmes enceintes porteuses du VIH permet de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant à moins de 1% des cas. La prévention de ce risque repose sur la proposition systématique (mais non obligatoire) du test VIH au cours du bilan prénatal, l'information de la patiente sur les bénéfices et les risques du traitement pour l'enfant, et la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire spécialisée pour les grossesses à risque. Le traitement antirétroviral, s'il est efficace, doit être poursuivi en évitant les antirétroviraux contre-indiqués. Chez une femme en âge de procréer, le choix de la trithérapie doit prendre en compte le désir de grossesse.

• **Un traitement préventif de la transmission materno-fœtale** doit être instauré à partir de la 28^e semaine de grossesse (durée minimale de 12 semaines), ou plus tôt si la charge virale est élevée ou si il y a un risque d'accouchement prématuré. La trithérapie recommandée est l'association zidovudine-lamivudine (COMBIVIR®), et parmi les inhibiteurs de protéase (IP), ceux pour lesquels le recul est le plus long (LOPINAVIR®). Si le dépistage est très tardif, l'efficacité d'une perfusion de zidovudine associée à l'administration de névirapine



en monodose chez la mère a montré son efficacité sur la prévention de la transmission. Une césarienne n'est recommandée qu'en cas de charge virale supérieure à 400 copies/ml. L'allaitement artificiel est recommandé. Un traitement préventif doit être poursuivi pendant les 4 premières semaines de vie du nouveau-né. L'absence de transmission mère-enfant est affirmée après 2 PCR négatives, dont une au moins 1 mois après l'arrêt du traitement préventif de l'enfant. Les vaccinations de l'enfant peuvent être débutées sans délai à l'exception du BCG, pour lequel il est nécessaire que l'enfant ne soit pas infecté par le VIH. Les soins et l'accompagnement médico-psychologiques doivent tenir compte de la difficulté pour la future maman à accepter la césarienne ou l'allaitement artificiel, notamment en raison des soupçons que l'entourage pourrait entretenir à son endroit.

- **Co-infection par les virus des hépatites** (voir p. 327 et p. 237). L'infection par le VIH aggrave le pronostic de l'hépatite C qui évolue plus rapidement vers la cirrhose, et aggrave l'histoire naturelle et le pronostic de l'hépatite B. La co-infection par le VHC et ou le VHB est une indication de traitement sans délai de l'infection à VIH. La complexité de la prise en charge requiert une équipe pluridisciplinaire.

- **VIH et nutrition** (guide 2008). Des carences nutritionnelles peuvent se produire précocement au cours d'une infection au VIH même si la numération des CD4 est élevée. De telles carences vont accentuer le déficit immunitaire. L'alimentation doit être équilibrée : manger de façon la plus variée possible au cours de trois repas répartis à heures régulières dans la journée. Le régime alimentaire doit comporter un apport suffisant en protéides; un apport suffisant en glucides complexes; beaucoup de fruits et légumes frais; de « bonnes » matières grasses en quantité modérée ($\frac{1}{2}$ d'acides gras saturés, $\frac{1}{3}$ d'acides gras mono-insaturés et $\frac{1}{3}$ d'acides gras poly-insaturés); beaucoup de liquides en évitant les boissons riches en sucre.

- **Vaccinations.** Le BCG est contre-indiqué. Les autres vaccins vivants atténués ne sont pas contre-indiqués lorsque le taux de lymphocytes T CD4 est supérieur à 200/mm³. La réponse immunitaire peut être moins bonne que celle des personnes non infectées, en particulier si le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 500/mm³; et une augmentation transitoire de la charge virale est sans conséquence clinique péjorative (voir Vaccinations, guide 2008). Chez l'enfant, à l'exception du BCG, le calendrier vaccinal doit être respecté, sauf en cas de déficit immunitaire (T CD4 < 200/mm³) pour les vaccins



vivants atténués (contre la rougeole, la rubéole, les oreillons et la varicelle).

• **Séjour au pays.** Le projet d'un séjour au pays ou dans un pays limitrophe doit être discuté et préparé avec le patient. Il faut anticiper les ruptures de traitement par stock insuffisant, stigmatisation sociale ou culpabilité face aux autres malades (risque de partage des médicaments). La prévention vis-à-vis du conjoint resté au pays doit être abordée. Sont indiquées les vaccinations contre la fièvre jaune ($CD4 > 200/mm^3$), la prévention contre le paludisme (attention aux interactions entre certains ARV et la MALARONE[®] qui diminuent l'efficacité de la prophylaxie), **et pour les patients immunodéprimés ($CD4 < 200 mm^3$) une fluoroquinolone orale à 1cp/j. pour les séjours brefs (prévention des salmonelloses).**

POUR EN SAVOIR PLUS

Guide des vaccinations, DGS, Comité technique des vaccinations, Édition Inpes 2012

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/927.pdf

LE TRAITEMENT ANTIRÉTROVIRAL

• **Quand débiter le traitement antirétroviral ?** Il est recommandé de traiter sans délai les patients symptomatiques ainsi que les patients asymptomatiques ayant des $CD4 < 350/mm^3$ ou $< 15\%$; et de commencer un traitement chez les patients asymptomatiques ayant un nombre de $CD4$ compris entre 350 et $500/mm^3$ sauf si le(la) patient(e) ne se sent pas prêt(e).

Chez les patients asymptomatiques avec des $CD4 > 500$, il est possible d'envisager un traitement :

- si la charge virale est $> 100\,000$ copies/ml;
- en cas de baisse rapide des lymphocytes $CD4$;
- en cas de co-infection par le VHC ou le VHB;
- en cas de néphropathie liée au VIH;
- si l'âge est > 50 ans;
- en cas de facteurs de risques cardio-vasculaires;
- dans un objectif de réduction de la transmission sexuelle du VIH.

La décision de début de traitement doit être individualisée et s'accompagner d'une information aussi complète que possible du patient sur l'importance du premier traitement (rôle pronostique des $CD4$ et de la charge virale), la complexité des traitements et la possibilité d'effets indésirables (chaque patient doit être prévenu de la possible modification de sa silhouette), la nécessité d'une bonne observance (résistances, efficacité moindre des traitements ultérieurs).



Comment traiter ? L'objectif du premier traitement antirétroviral est de rendre la charge virale indétectable en 6 mois. Déterminé par le médecin spécialiste, le choix du traitement doit tenir compte de son efficacité antivirale, mais aussi des modalités des prises par rapport aux conditions de vie du patient, des effets indésirables et de la tolérance quotidienne. Dans tous les cas, il faut que les patients soient informés des multiples possibilités de traitement pour ne pas se décourager, mais consulter à nouveau, en cas d'intolérance à un traitement donné.

Associations recommandées pour un premier traitement antirétroviral

De nombreux antirétroviraux (ARV) sont disponibles dans 6 classes médicamenteuses :

- inhibiteurs nucléosidiques/nucléotidiques de la transcriptase inverse (INTI);
- inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse (INNTI);
- inhibiteurs de la protéase (IP);
- inhibiteurs de la fusion (IF);
- inhibiteurs du CCR5;
- inhibiteurs de l'intégrase (INI).

La trithérapie de 1^{re} ligne repose sur une association de 2 INTI et d'un 3^e antirétroviral. Deux associations d'INTI sont souvent préférées en raison de leur efficacité, de leur tolérance et de leur simplicité d'emploi :

- ténofovir (TDF) + emtricitabine (FTC) (TRUVADA[®], 1cp/j).

Ce traitement implique une surveillance régulière de la fonction rénale, et il n'est pas recommandé en cas d'insuffisance rénale sévère. Les 2 médicaments étant également efficaces contre le VHB, il faut donc connaître le statut sérologique VHB du patient avant de le prescrire;

- abacavir (ABC) + lamivudine (3TC) (KIVEXA[®], 1cp/j).

Il est recommandé de ne prescrire l'abacavir que chez les patients négatifs pour HLA B*5701 pour éviter la survenue d'un syndrome d'hypersensibilité plus fréquent chez les porteurs de ce groupe tissulaire, et avec une charge virale < 100 000 copies.

Le choix du 3^e antirétroviral d'une 1^{re} trithérapie doit être de préférence :

- un INNTI : l'efavirenz (EFV, SUSTIVA[®], 1cp/j.);
- un IP potentialisé par une faible dose de ritonavir (100 à 200g), soit IP/r : l'atanazir/r (REYATAZ[®]), darunavir/r (PREZISTA[®]) ou lopinavir/r (KALETRA[®]).



• **Complications des antirétroviraux :**

- **lipodystrophies ou anomalies de répartition des graisses** pour environ 50 % des patients après 1 à 2 ans de traitement comportant un IP. Forme atrophique (fonte adipeuse des membres, des fesses et aspect émacié du visage) et/ou forme hypertrophique du tronc, du cou, du dos en « bosse de bison », augmentation du volume des seins. En cas d'hypertrophie tronculaire, suivre un régime normocalorique pauvre en sucres rapides et en graisses animales. La chirurgie réparatrice est possible en cas d'atrophie grasseuse du visage, avec possibilité de prise en charge financière totale;
- **risques cardio-vasculaires** : aux facteurs de risques classiques, l'infection par le VIH et le traitement par les ARV exposent les patients au risque élevé de cardiopathies (infarctus du myocarde);
- **complications du métabolisme glucidique** : le diabète est plus fréquent chez les patients sous ARV que dans la population générale. Dans près de 50 % des cas : intolérance au glucose, hyperinsulinisme ou diabète de type 2, en raison d'une insulino-résistance induite par les IP;
- **les anomalies du métabolisme lipidique** sont également fréquentes. Le bilan lipidique doit être effectué en début de traitement puis une fois par an sous traitement et plus souvent en cas d'anomalie (dans ce cas, privilégier en premier lieu les mesures diététiques et l'exercice avant une éventuelle modification du traitement antirétroviral, et enfin si nécessaire introduction d'un médicament hypolipémiant);
- **les complications hépatiques** sont fréquentes et sont aggravées par la co-infection par le VHC et/ou le VHB;
- **les complications osseuses** (ostéonécrose ou ostéoporose) doivent être prévenues par des apports alimentaires suffisants, particulièrement en calcium et en vitamine D;
- **les complications neurologiques** (déficit neurocognitif, trouble neurocognitif léger) peuvent survenir même dans le cadre d'un traitement efficace. Ils sont plus fréquents chez les patients âgés de plus de 50 ans;
- **atteintes mitochondriales** résultant de la toxicité des IN : myopathie plus souvent associée à l'AZT, neuropathie périphérique ou pancréatite avec ddI ou d4T. Elles regroupent des symptômes liés à l'existence d'une hyperlactatémie (fatigabilité musculaire, myalgies, paresthésies) et de l'acidose lactique, complication rare et très sévère (amaigrissement brutal et dyspnée);
- **le vieillissement prématuré** est constaté chez les patients qui souffrent plus précocement de comorbidités (risques cardio-vasculaires, diabète, ostéoporose, troubles neurocognitifs,



atteintes rénales, hépatiques, cancers, etc.);

- **l'âge aggrave la maladie**, et ce malgré un traitement bien conduit. Le contrôle des CD4 est plus difficile (le nombre de CD4 est plus bas au moment du diagnostic et reste plus bas sous traitement).

• **Suivi d'un patient sous traitement antirétroviral.**

La surveillance clinique et biologique des effets indésirables a pour objectif de substituer les médicaments responsables en maintenant l'efficacité thérapeutique. La prévention des principales complications repose sur le bilan initial et la prise en charge des risques cardio-vasculaires (tabac, surpoids/diététique, HTA, exercice physique) et sur un bilan lipidoglycémique semestriel :

- **suivi initial** : les consultations doivent être rapprochées et d'autant plus que le patient est traité tardivement. Elles permettent de dépister des difficultés de compréhension et d'observance, de vérifier la tolérance clinique et d'évaluer l'efficacité antirétrovirale (à 4 semaines l'ARN viral doit avoir baissé d'au moins 2 log, et à 3 mois il doit être inférieur à 400 copies/ml);

- **suivi ultérieur** : quand la charge virale est indétectable, le suivi médical trimestriel la 1^{re} année puis trimestriel à semestriel doit vérifier l'efficacité thérapeutique, les effets indésirables du traitement, et faire le point avec le patient sur l'observance, qui est essentielle dans la réussite du traitement.

• **Observance et éducation thérapeutique.** Des consultations effectuées par une infirmière ou un médecin formés à ces questions sont particulièrement indiquées lors des premiers mois suivant l'initiation du traitement, ceci pour tous les patients. Elles ont pour objectif la reconnaissance et la gestion des effets indésirables dans le contexte particulier que vit le patient, ce qui nécessite une relation de confiance et d'écoute réciproque. La préparation au traitement comporte une explicitation des objectifs du traitement, la discussion avec la personne des différentes options de soins et de leurs implications, la présentation des effets secondaires et les options stratégiques pour en diminuer la fréquence de survenue et la gravité. Le premier semestre d'un traitement antirétroviral est une période critique pour le succès thérapeutique, les déterminants sociaux de l'état de santé étant à appréhender particulièrement par les soignants.

Alcool : ouvrons le dialogue, Tabac : ouvrons le dialogue, Inpes

www.inpes.sante.fr



ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET JURIDIQUE

• **Un suivi social personnalisé au long cours est nécessaire pour les migrants en situation précaire**, par un service social (mairie, hôpital) ou une association (*voir guide 2008*). Un bilan médico-social (protection maladie, titre de séjour, logement, ressources) doit être effectué régulièrement pour adapter la prise en charge du patient à sa situation, repérer les moments de fragilisation et faire appel si besoin à des services spécialisés, soignants et travailleurs sociaux devant notamment intervenir chaque fois que nécessaire pour un problème de protection maladie (*voir p. 116*), de logement ou de régularisation administration (*voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 9*).

• **Tout patient infecté par le VIH doit bénéficier d'une protection maladie optimale**. L'infection à VIH est une affection de longue durée (ALD) permettant l'exonération du ticket modérateur (formulaire à remplir par le médecin traitant et à adresser au centre de Sécurité sociale).

• **Une demande d'appartement thérapeutique peut être faite par une assistante sociale**. En pratique, ces appartements gérés par des associations sont accordés sous conditions (tri-thérapie, handicap, femmes seules avec enfants, absence de ressources). Un courrier médical de synthèse doit être adressé au médecin de l'association. Par ailleurs une demande de HLM peut être accélérée par un courrier médical mentionnant un suivi pour pathologie chronique (sans mention du diagnostic) à l'attention de l'assistante sociale de la mairie.

• **L'allocation aux adultes handicapés (AAH)** est accessible aux personnes reconnues handicapées avec un taux d'incapacité d'au moins 50 %, et qui ne peuvent exercer une activité professionnelle. Il existe des conditions de ressources et de séjour (au minimum une carte de séjour temporaire/CST de 1 an). L'AAH doit être demandée à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, qui siège au sein de chaque maison départementale des personnes handicapées (MDPH, demander l'adresse à la mairie). La partie médicale du dossier doit être remplie par le médecin traitant, avec mention des effets secondaires dont souffre le patient. La MDPH peut également délivrer une carte d'invalidité qui donne droit à des avantages en matière de fiscalité et de transport.

POUR EN SAVOIR PLUS

VIH et 100 % Sécurité sociale, un guide associatif pour compléter le protocole de soins, TRT5

www.trt-5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoin-LoDef-2.pdf

ATTENTION

Le « 100 % » ne permet pas la dispense d'avance des frais pour les problèmes de santé non liés au VIH et ne couvre pas le forfait hospitalier. C'est pourquoi pour les personnes démunies la complémentaire-CMU doit être obtenue en procédure d'admission immédiate (*voir p. 158*), et la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) de l'Hôpital public doit permettre de pallier les délais de carence de l'AME (*voir p. 166*).



ASPECTS MÉDICO-JURIDIQUES ET DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR, P. 217)

• **Un étranger « sans-papiers » atteint d'une infection par le VIH, traité ou non, et ressortissant d'un pays en développement remplit les critères médicaux de « régularisation ».** En effet, en l'état actuel des systèmes de santé des pays en développement, il existe un risque majeur que ces patients ne puissent pas effectivement bénéficier du traitement approprié, et donc de la prise en charge médicale régulière et continue requise en cas de retour dans leurs pays d'origine.

Sources pour l'aide à la décision :

- Organisation mondiale de la santé (OMS), Onusida et Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), indicateurs relatifs au système de santé, à l'accès aux soins et au développement humain (*voir Repères géopolitiques et accès aux soins, guide 2008*).

- instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux avis médicaux pour les étrangers malades, Annexe 2 : « *les recommandations diffusées dans la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relatives 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.* »

• **Dans l'observation du Comede concernant des malades remplissant ces critères,** le VIH constitue le seul motif médical où le taux d'accord préfectoral est de 100 %, grâce aux instructions du ministère de la Santé et à la mobilisation des associations (données 2005-2011 sur 57 demandes). En cas d'avis initialement défavorable émanant d'un médecin



de l'ARS concernée (le cas se produit parfois), il faut saisir en urgence le ministère de la Santé. Attention toutefois à ne pas faire abandonner une demande d'asile en cours pour une « régularisation médicale », sans avoir informé le demandeur de la différence des statuts obtenus au terme de ces deux procédures (voir p. 35).

ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE VIH : LES COREVIH

• Les Corevih, comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH),

ont été institués par le décret n° 2005-1421 du 15 novembre 2005. Ils ont vocation à remplacer les Csih créés en juin 1988, pour tenir compte de l'évolution des caractéristiques de l'infection par le VIH et du cadre légal (loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique). La circulaire DHOS/DGS/561 du 19 décembre 2005 relative à l'instauration des coordinations régionales de la lutte contre l'infection due au VIH précise notamment les modalités de fonctionnement des Corevih.

• Implantés dans certains hôpitaux publics (liste définie par arrêté ministériel), les Corevih ont 3 missions principales :

- favoriser la coordination des professionnels du soin, de l'expertise clinique et thérapeutique, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, de la recherche clinique et épidémiologique, de l'action sociale et médico-sociale, ainsi que des associations de malades ou d'usagers du système de santé;
- participer à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients, à l'évaluation de la prise en charge et à l'harmonisation des pratiques;
- procéder à l'analyse des données médico-épidémiologiques relatives aux patients infectés par le VIH suivis à partir de 1991 (cohorte DMI2).

• Chaque Corevih doit intégrer des représentants des domaines du soin, du dépistage, de la prévention et de l'éducation pour la santé, du soutien et de l'accompagnement,

provenant à la fois du secteur hospitalier et extra hospitalier et représentant le territoire géographique de référence. La représentation des différentes catégories d'établissements de santé avec la participation des personnels soignants

Sida, le guide des droits sociaux, Act Up-Paris

www.actupparis.org



et administratifs, des réseaux de santé, des UCSA (unités de consultations et de soins ambulatoires), des acteurs de la réduction des risques liés à l'usage de drogues par voie intraveineuse, des associations d'insertion et de soutien et des associations gestionnaires d'hébergement est particulièrement importante.

• **Le Corevih n'est pas un opérateur direct** : il a une fonction de coordination, de communication, de dialogue avec les différents partenaires impliqués dans la lutte contre l'infection à VIH. Les réunions du Corevih permettent d'apporter des informations utiles aux décisions relatives à la prise en charge de cette pathologie dans le plan régional de santé publique (PRSP) et ses différentes composantes programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), en faveur des personnes en situation précaire, schéma régional d'éducation pour la santé, (SREPS), schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), travaux de la conférence régionale de santé. En fonction des caractéristiques et des données épidémiologiques de la population infectée par le VIH dans le territoire couvert par le Corevih, des actions plus particulièrement ciblées en direction des populations migrantes/étrangères pourront être menées.

• **Concernant la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le VIH dans les établissements de santé (hôpitaux)**, la circulaire DGS/SD6A/DHOS/E2/2006/250 du 8 juin 2006 présente une synthèse des principaux dispositifs facilitant l'accès à la prévention, au dépistage et aux soins. Des informations pratiques sont délivrées, à l'attention des services de maladies infectieuses et plus généralement de tout service hospitalier qui accueille une population migrante/étrangère. Cette population doit être sensibilisée à chaque occasion aux questions de prévention, de dépistage et d'accès aux soins précoces pour le VIH-sida.

AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

En dehors des infections par le VIH ou le VHB, la prévention et le dépistage des autres infections sexuellement transmissibles (IST) sont également recommandés chez les migrants, souvent en situation de grande vulnérabilité sociale. Le dépistage et le traitement des IST peuvent être effectués gratuitement dans les Ciddist (centres d'information, de dépistage, de diagnostic des IST, *guide 2008*). Devant la découverte d'une IST, il est recommandé de dépister et/ou de traiter la(le) partenaire actuel(le) ou récent(e), de proposer le dépistage d'autres IST s'il y a lieu et de promouvoir l'utilisation du préservatif masculin et/ou féminin.



Voir aussi VIH, p. 295, 307, et Hépatite B, p. 327

Dépistage du VIH et des IST, Repères pour votre pratique, Inpes

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf

• **La chlamydie (*Chlamydia trachomatis*, CT) est l'infection la plus fréquente chez les jeunes**, particulièrement chez les femmes, avec risque de stérilité tubaire (1^{re} cause de stérilité tubaire en Europe) et de grossesse extra-utérine. Les symptômes sont rares et peu spécifiques (écoulement clair, érythème/rougeur, brûlures, douleurs pelviennes), ils surviennent 1 à 3 semaines après la contamination. Le diagnostic se fait par PCR sur test urinaire, prélèvement urétral ou vaginal; la sérologie est inutile dans la plupart des cas. Il est recommandé de proposer un dépistage systématique aux femmes jusqu'à 25 ans et aux hommes jusqu'à 30 ans. Plusieurs traitements sont possibles dont l'azithromycine (1g par voie orale en dose unique) ou la doxycycline (100 mg x 2/j. pendant 7 jours). L'abstinence sexuelle ou des rapports protégés par les préservatifs féminins ou masculins sont recommandés jusqu'à 7 jours après la fin du traitement.

• **Les infections à papillomavirus humain (PVH) favorisent des cancers** du col de l'utérus et de l'anus. Les condylomes externes (petites tumeurs bénignes associées à des PVH à faible pouvoir cancérogène sur les organes génitaux) apparaissent 1 à 8 semaines après la contamination et signent le diagnostic.

L'existence de condylomes justifie un bilan d'extension (frottis cervical ou cervico-vaginal; anoscopie) et un bilan des IST associées (PCR CT, sérologie de la syphilis, de l'hépatite B et du VIH). Traitement local par cryothérapie (azote liquide) ou application de podophyllotoxine 2/j. x 3 jours consécutifs/ semaine pendant un maximum de 5 semaines (WARTEC® flacon 3 ml, 16€, R 65%). La vaccination est recommandée pour toutes les jeunes filles âgées de 14 ans. Une mesure de rattrapage est prévue pour les jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle.

• **Gonococcies.** Le principal tableau est l'urétrite gonococcique ou blennorragie. Elle comporte des risques de stérilité, surtout chez les femmes en cas d'absence de traitement. Les signes sont peu fréquents chez les femmes mais très fréquents chez les hommes (brûlures mictionnelles et/ou écoulement jaune par la verge, douleurs au bas-ventre, fièvre), lesquels apparaissent 2 à 7 jours après la contamination. Le diagnostic se fait par identification de *Neisseria gonorrhoeae* sur prélèvement urétral ou vaginal. La culture avec antibiogramme est indispensable car de nombreux gonocoques sont multirésistants. Le traitement de choix est la ceftriaxone en injection intramusculaire de 500 mg. Le cefixime (400 mg per os en dose unique) est une alternative possible. Un contrôle bactériologique est nécessaire à J7 en cas de persistance des symptômes. Compte tenu du risque de co-infection par *Chlamydia trachomatis* (CT), il est recommandé de traiter systématiquement de façon présomptive CT chez les patients ayant une urétrite gonococcique. Le nombre de gonococcies est en augmentation chez les hommes et les femmes. L'abstinence sexuelle ou des rapports protégés par les préservatifs féminins ou masculins sont recommandés jusqu'à 7 jours après la fin du traitement.

• **Herpès génital.** Les signes (douleur, irritation et éruption vésiculeuse sur les organes génitaux) apparaissent 1 semaine ou plus après la contamination. Diagnostic clinique. Traitement par aciclovir 200 mg x 5/j. x 7 à 10 jours; ou valciclovir 500 mg x 2/j. per os 10 jours.

• **Lymphogranulomatose vénérienne (LGV) ou maladie de Nicolas et Favre.** Entre 2 et 60 jours après la contamination par *Chlamydia trachomatis* (sérotypes L1 à L3), elle évolue spontanément en phase primaire (micro-ulcération génitale ou anale), secondaire (adénopathie inguino-crurale ou anorectite aiguë) et tertiaire (fistules, rétrécissements...). Traitement par



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Inpes, *Les IST*,
www.info-ist.fr

Inpes, www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/rech_doc.asp

InVS, *Infections sexuellement transmissibles : il faut poursuivre la surveillance*, BEH, 26-27-28, 30 juin 2011

InVS, www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST

doxycycline (200 mg) pendant 21 jours. En raison des difficultés de cultures de *C. trachomatis*, la PCR est la méthode de référence qui permet le génotypage.

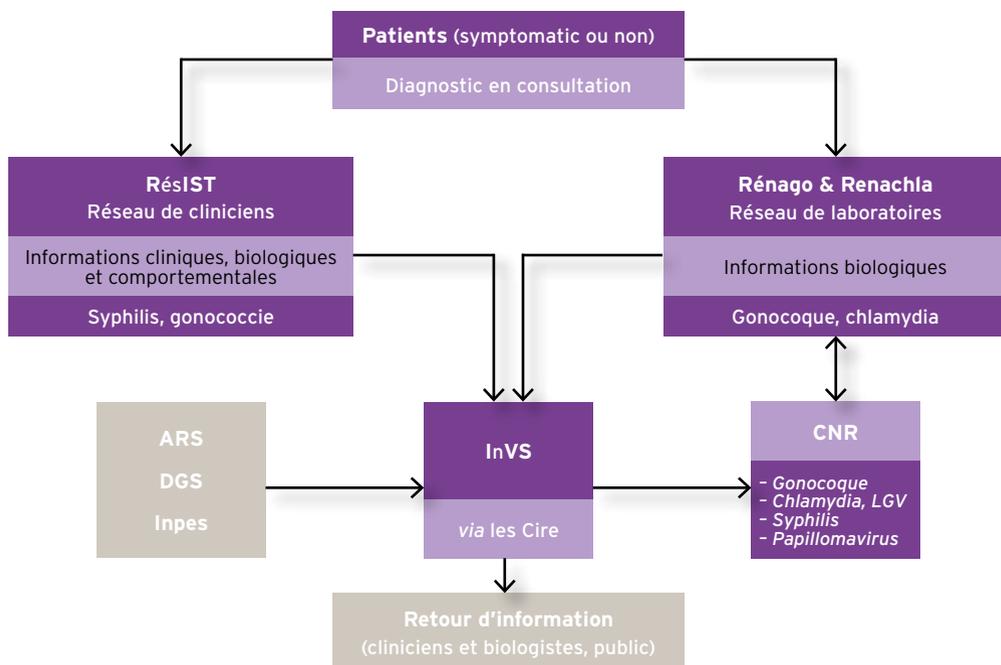
• **Syphilis**. Elle est due au tréponème (*Treponema pallidum*), et évolue en plusieurs stades : **syphilis récente** (syphilis primaire, secondaire et latente précoce) et **syphilis tardive** (tertiaire et latente tardive). En l'absence de signe clinique, la **syphilis** est **latente** (le diagnostic n'est possible que par les tests sérologiques). En cas de chancre, il faut demander un examen au microscope à fond noir et une sérologie (FTA abs et TPHA/VDRL) avec titrage des anticorps. Toute lésion cutanéomuqueuse justifie la prescription d'une sérologie de la syphilis dont les lésions peuvent simuler une autre maladie. Le dépistage est obligatoire lors du 1^{er} examen prénatal. Le traitement utilise une pénicilline (EXTENCILLINE®), et en cas de contre-indication, la doxycycline 100 mg x 2 pendant 14 jours. Le suivi sérologique se fait sur le VDRL 3, 6, et 12 mois (décroissance et négativation du VDRL ; le TPHA décroît mais reste positif, constituant une cicatrice sérologique). Le dépistage des partenaires est indispensable.

Stade	Clinique	Durée des signes	Traitement
Syphilis primaire	Chancre : ulcération génitale ou buccale, indolore, adénopathie	2 à 6 semaines, régression spontanée	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI
Syphilis secondaire	Éruption cutanéomuqueuse (tronc, visage, paumes, plantes) et parfois d'autres signes (fièvre, adénopathies, méningite, uvéite)	Début 6 semaines à 6 mois après le chancre. Évolue quelques jours à quelques semaines. Régression spontanée	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI Cortisone 0,5 à 1mg/kg
Syphilis latente précoce	Pas de signe clinique	Moins de 1 an d'évolution	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI
Syphilis latente tardive	Pas de signe clinique	Plus de 1 an d'évolution	EXTENCILLINE® IM 2,4 MUI x 3 à 7 jours d'intervalle (et cortisone)
Syphilis tertiaire	Atteinte cutanée (gomme), neurologique (tabès) cardiovasculaire (aortite)	Plusieurs années après le contact (10 ans ou plus)	Rare depuis les traitements antibiotiques

Les sérologies de la syphilis sont spécifiques (TPHA et FTA abs) ou non spécifiques, réagéniques (VDRL). Une sérologie de la syphilis doit légalement comporter un test spécifique (TPHA) et un test réagénique (VDRL). Les sérologies se positivent quelques jours après le début du chancre : le FTA abs (5 à 7 j.), le TPHA (7 à 10 j.), le VDRL (10 à 15 j.). Une sérologie négative n'exclut pas le diagnostic de syphilis primaire.



Organisation de la surveillance des IST



ARS : agence régionale de santé CNR : centres nationaux de référence DGS : direction générale de la santé Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé LGV : lymphogranulomatose vénérienne InVS : Institut national de veille sanitaire

INFECTION À VHB

L'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) pose un problème majeur de santé publique en raison de sa prévalence (500 000 à 700 000 morts par an dans le monde), alors qu'il existe un vaccin efficace. Dix pour cent des adultes atteints développent une hépatite B chronique, et 20 % d'entre eux une cirrhose et parfois un cancer. Une infection chronique par le virus de l'hépatite B justifie une prise en charge médicale continue et régulière.

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Dans le monde, on estime à plus de 240 millions le nombre de personnes porteuses chroniques du virus de l'hépatite B** (taux de prévalence du VHB estimé à 58 cas pour 1000 personnes). L'OMS distingue 3 situations épidémiologiques évaluées par le taux de portage chronique de l'AgHBs :
 - une zone de faible endémie : < 2% en Amérique du Nord, en Europe de l'Ouest et du Nord – dont France hexagonale –, et dans le Pacifique (Australie, Japon);
 - une zone de moyenne endémie : 2 à 8% dans les départements français d'outre-mer, en Europe de l'Est, dont républiques de l'ex-Union soviétique, les pays méditerranéens, le Proche-Orient, l'Amérique du Sud et l'Asie du Sud (sous-continent indien);
 - une zone de forte endémie : > 8% en Afrique subsaharienne, Asie du Sud et de l'Est. Dans cette zone, la contamination est précoce, le plus souvent à la naissance et dans les premières années de la vie, favorisant le passage à la chronicité.
- **La Société européenne de l'étude des maladies du foie prévoit une augmentation de la prévalence en Europe**, notamment à travers les mouvements de population, et préconise la mise en place d'une réponse concertée pour anticiper et éviter le développement de l'infection dans la population générale.

- **En France, le nombre de porteurs chroniques du virus est estimé à 300 000 (6,5 pour 1000)**, dont plus de la moitié l'ignore (55 %), et le VHB est responsable d'environ 1300 décès par an.

- **Dans l'observation du Comede** (*voir épidémiologie, guide 2008*), les prévalences les plus élevées du portage chronique du VHB (AgHBs positif) sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest (femmes 78 pour 1000, hommes 176), d'Asie centrale (femmes 175, hommes 63), d'Asie de l'Est (femmes 95, hommes 130) et d'Afrique centrale (femmes 43, hommes 104). Selon les résultats des bilans de santé, plus de la moitié des migrants ne sont pas vaccinés contre le VHB.

- **Le VHB est particulièrement contagieux** : 10 fois plus que le virus de l'hépatite C, 100 fois plus que le VIH. La contamination est sexuelle (augmentée par les partenaires multiples, les autres IST), sanguine (matériel médical mal stérilisé, partage de brosse à dents ou de rasoir, tatouages, piercing, transfusions, hémodialyse), périnatale, au sein de la famille ou de certaines collectivités (enfants).

CLINIQUE, BIOLOGIE ET MORPHOLOGIE

- **Hépatite B aiguë** : après une durée moyenne d'incubation de 11 semaines (4-23), l'hépatite aiguë est généralement asymptomatique ou évoque une virose banale (fatigue, nausées, douleurs musculaires et articulaires). Dans 20 % des cas, ces signes sont suivis d'un ictère avec augmentation des transaminases (ALAT). Diagnostic : Antigène HBs positif, puis AgHBe positif, Anticorps HBc de type IgM positif, présence d'ADN viral (charge virale). Évolution favorable : disparition de l'Ag HBs, AgHBe, ADN viral et apparition des Ac anti-HBe, Ac anti-HBs et Ac anti HBc de type IgG. L'asthénie (fatigue) peut persister plusieurs mois.

- **Portage chronique du VHB** : il est défini par la persistance de l'antigène HBs plus de 6 mois après l'infection initiale. On distingue plusieurs phases dans l'histoire naturelle de l'infection par le VHB, de durées très variables (de quelques mois à plusieurs années).

- **Phase de tolérance immunitaire** : AgHBe+, Ac Anti-Hbe ±, ADN viral très élevé, mais il n'existe pas de signes



de souffrance hépatique significative. Les transaminases (ALAT) et l'échographie sont normales. Aucun traitement n'est indiqué. Cependant, le risque de transmission est majeur et l'information des patients, le dépistage et la vaccination de l'entourage doivent être proposés.

• **La phase d'hépatite chronique active ou phase de « clairance immune »** correspondant à l'apparition de lésions hépatiques nécrotiques et inflammatoires et nécessitant des examens morphologiques. Deux profils se dégagent :

- **l'hépatite chronique active à virus sauvage** : AgHBe-/Ac Anti-HBe-, ADN viral diminué mais positif, ALAT augmentées ;
- **l'hépatite chronique à virus mutant pré-C** : AgHBe-/Ac Anti-HBe+, ADN viral faible et fluctuant, voire négatif, ALAT normales, augmentées ou fluctuantes. Les infections par les virus mutants pré-C représentent 30 à 80 % des hépatites chroniques. Dans la population des migrants, notamment originaires d'Afrique subsaharienne, l'existence de la sélection du virus mutant pré-C signe l'ancienneté de l'infection. Il est souvent difficile de différencier une infection par un virus mutant d'un portage inactif ;
- **portage inactif d'un virus sauvage** : AgHBe-/Ac Anti-HBe+, ADN viral négatif, ALAT normales et absence de lésions hépatiques. Seule une surveillance régulière clinique, sérologique, virologique, biologique et morphologique va permettre de le différencier du portage chronique de l'infection à virus mutant.

La disparition du virus est rare (1%), mais la réplication virale s'interrompt spontanément chaque année chez 10 % des porteurs (AgHBs négatif, ADN viral négatif, AchBs positif). À tout moment, quelle que soit la phase, une réactivation virale peut survenir (réascension de l'ADN viral et augmentation des transaminases), notamment en cas de prise de certains médicaments, (corticoïdes, immunosuppresseurs), de surinfection par le VHD et/ou coïnfection par le VIH, de cancers/lymphomes et de toute situation susceptible de favoriser l'immunodépression, dont la grossesse.

• **Le virus delta (VHD) est un virus défectif qui ne peut se multiplier qu'en présence du virus de l'hépatite B.** Il est recherché uniquement chez les porteurs de l'AgHBs. La co-infection simultanée VHB/VHD aggrave le risque d'hépatite fulminante et la surinfection par le VHD chez un porteur chronique du VHB aggrave celui de maladie hépatique chronique sévère.



• **Cirrhose et cancer** (carcinome hépatocellulaire) : diagnostiquée par la ponction-biopsie hépatique (PBH), la cirrhose est rarement réversible et évolue pour son propre compte même en l'absence de réplication virale. Les facteurs de risque d'évolution vers la cirrhose et le développement d'un carcinome hépatocellulaire sont l'intensité de la réplication virale (AgHBe positif et ADN viral positif), l'infection par un virus mutant pré-C, l'âge avancé, l'ancienneté de l'infection, la présence d'une nécrose hépato-cellulaire (*voir PBH infra*), la surinfection par les virus des hépatites C (VHC) et Delta (VHD), la consommation régulière d'alcool et de tabac, certaines affections chroniques comme le diabète et l'exposition aux aflatoxines. L'incidence de la cirrhose chez les patients souffrant d'une hépatite chronique à VHB sauvage (AgHBe+) est estimée à 2-6 % par an, et celle des patients souffrant d'une hépatite chronique à VHB mutant (AgHBe-) à 8-10 % par an . Le taux de survie dépend de la gravité de la cirrhose (55 % à 5 ans). Le risque de survenue d'un carcinome est de 1% par an chez les patients souffrant d'une hépatite chronique. Ce risque justifie une surveillance avec échographie tous les 6 mois.

DÉPISTAGE ET VACCINATION

• **La proposition du dépistage d'emblée est justifiée pour tous les migrants**, compte-tenu de la fréquence et de la gravité potentielle du VHB. L'objectif est double : prise en charge précoce de l'hépatite chronique et vaccination des sujets à risque qui n'ont jamais eu de contact avec le virus. La Haute Autorité de santé recommande la recherche d'emblée des 3 marqueurs AgHBs, Ac anti-HBc, et Ac anti-HBs. L'analyse et l'explication des résultats réclament de la part du médecin une bonne maîtrise de l'histoire naturelle du VHB et des modes de contamination. Les informations doivent être bien comprises par le patient, si besoin à l'aide d'un interprète, pour lui permettre d'être acteur de prévention, en capacité de faire des choix et ainsi de s'inscrire dans le soin. Le risque individuel est très difficile à prévoir.

Que faire en cas d'Ac anti-HBc + isolés ?

Pour les patients venant de pays à forte endémie, il s'agit le plus souvent d'une infection ancienne guérie avec perte des Ac anti-HBs. Cependant, le risque d'une infection chronique par un virus n'exprimant pas l'AgHBs n'est pas négligeable. Selon l'avis du comité restreint du comité national de suivi



du plan hépatites 2012, deux stratégies sont possibles : soit d'emblée une quantification plasmatique de l'ADN du VHB ; soit un dosage des Ac anti-HBs un mois après une injection vaccinale anti-VHB :

- Si Ac anti-HBs > 10 UI/ml : fin des investigations ;
- Si Ac anti-HBs < 10 UI/ml : quantification plasmatique de l'ADN du VHB.

• **La vaccination est recommandée lorsque les anticorps anti-HBs et l'antigène HBs sont négatifs (ENGERIX B[®], GENHEVAC B[®]) :**

injection IM à 0,1 et 6 mois ; et particulièrement pour :

- les personnes vivant avec des porteurs du VHB, dont le ou la conjointe, les nouveau-nés de mère AgHBs+ ;
- les personnes susceptibles de retourner dans les régions de forte ou moyenne prévalence (Asie, Afrique, certains pays d'Amérique latine) ;
- les personnes présentant des risques de contamination sexuelle (partenaires multiples, IST) ;
- les personnes porteuses du VIH et/ou du VHC ;
- les personnes qui sont ou ont été usagers de drogues par voie veineuse ou nasale ;
- les personnes ayant eu un tatouage, un piercing, de l'acupuncture sans utilisation de matériel à usage unique ;
- les personnes susceptibles de recevoir des produits dérivés du sang, candidats à la greffe ;
- les soignants et personnes potentiellement en contact avec des produits biologiques ;
- les enfants et adolescents accueillis dans des institutions collectives.

L'effectivité de la vaccination doit être contrôlée par le dosage des Ac anti-HBs. Le taux protecteur d'Ac anti-HBs doit être supérieur à 10 UI/ml.

L'enjeu majeur de la vaccination est de continuer à protéger les nourrissons (notamment grâce au vaccin hexavalent INFANRIX HEXA[®]) et de vacciner les adolescents n'ayant pas bénéficié de la vaccination à la naissance en raison de la controverse sur les effets neurologiques supposés du vaccin. Les études épidémiologiques ont permis de conclure que celui-ci ne favorise pas l'apparition d'affections neurologiques démyélinisantes.



SUIVI MÉDICAL, TRAITEMENT ET SOINS

Hépatite chronique : Ag HBs+ > 6 mois



- Protection maladie indispensable (admission immédiate CMU-C, instruction prioritaire AME)
- NFS-Plaquettes, ADN viral, Ag HBe, Ac anti-HBe, Ac anti-Delta, ALAT, γ GT, PAL, TP, électrophorèse des protéines, α foetoprotéine, créatinine, bandelette urinaire + échographie-Doppler hépatique

Si ADN viral < 2 000 UI/ml et ALAT normales et échographie hépatique normale.



Surveillance en médecine générale

avec dosage trimestriel des transaminases et de l'ADN viral et échographie pendant la première année de suivi.

Si ADN viral > 2 000 UI/ml et/ou ALAT augmentées à 2 reprises,



Avis spécialisé. Indication à des explorations morphologiques complémentaires d'évaluation de la fibrose : marqueurs sériques de fibrose (FIBROTEST[®], FIBROMETRE[®], HÉPASCORE[®]), élastographie impulsionnelle ultrasonore (FIBROSCAN[®]) et/ou ponction biopsie hépatique (PBH). Les méthodes non invasives de mesure de la fibrose/cirrhose hépatique n'ont été évaluées par la HAS que pour les patients souffrant d'une hépatite chronique C, et ne sont pris en charge par l'assurance maladie que dans cette indication. L'accès à ces méthodes non invasives reste difficile et cantonné aux hôpitaux publics pour les patients précaires souffrant d'hépatite B.

• **Qui faut-il traiter ?** Les critères du traitement sont histologiques (Score MÉTAVIR > A1 et/ou F1). L'objectif est d'obtenir la guérison ou de prévenir l'évolution vers la cirrhose en diminuant ou interrompant la réplication virale. En termes de santé publique, le traitement permet de réduire le nombre de porteurs et le risque de transmission.

Score	Activité	absente A0	minime A1	modérée A2	sévère A3	
MÉTAVIR	Fibrose	absente F0	minime F1	modérée F2	sévère F3	cirrhose F4



• **Comment traiter ?** Le choix existe entre :

- **des traitements par injections d'Interféron $\alpha 2a$ (ROFERON® 1, LAROFERON®) ou interféron 2b (INTRONA®, VIRAFERON®) sur prescription hospitalière.** Parmi les contre-indications : grossesse, atteinte sévère du cœur, du rein, du foie, du système nerveux (épilepsie). Effets secondaires : syndrome grippal systématique, risque de dépression, anxiété. Le suivi médical régulier est indispensable. Le bénéfice est confirmé sur un suivi de 7 ans dans 40 % des cas (14 % sans traitement) : amélioration de la qualité de vie, diminution de la survenue de cancer et de la mortalité, normalisation des ALAT, disparition de l'ADN viral, augmentation des Ac anti-HBe;
- **et/ou l'utilisation d'analogues nucléosi(ti)diques par voie orale :** la lamivudine (ZEFFIX®), l'adefovir (HEPSERA®) et l'entécavir (BARACLUDE®) en monothérapie qui permettent une virosuppression efficace mais avec un risque d'induction de résistance (surtout pour la lamivudine). Ces traitements développés en monothérapie peuvent être utilisés en combinaison d'analogues nucléosidiques (ZEFFIX®, entécavir, Telbivudine) ou nucléotidiques (adéfovir, ténofovir). Le bénéfice est confirmé sur un suivi de 7 ans dans 40 % des cas (14 % sans traitement) : amélioration de la qualité de vie, diminution de la survenue de cancer et de la mortalité, normalisation des ALAT, disparition de l'ADN viral, augmentation des Ac anti-HBe.

• **Quel que soit le choix du traitement, sa durée est longue, souvent de plusieurs années et justifie une surveillance continue et régulière** par une équipe spécialisée pluridisciplinaire (suivi conjoint spécialiste et généraliste, éducation thérapeutique, accompagnement social et juridique) ayant une grande connaissance de l'histoire naturelle de la maladie et des outils virologiques. L'éducation thérapeutique du patient (*voir p. 239*) est particulièrement indiquée pour les personnes vulnérables afin d'améliorer l'observance, le suivi et la gestion des comorbidités. De plus, à l'instar de ce qui s'est développé autour du VIH, le développement du partenariat avec les associations de malades est fondamental, tant pour la mise en place d'outils didactiques que pour les actions communes de plaidoyer.

• **Prévention et éducation pour la santé (en dehors de la vaccination) :**

- relations sexuelles : promotion des pratiques à moindre risque et utilisation du préservatif ;
- vie sociale : éviter le partage des objets de toilette tels que rasoirs, coupe-ongles, ciseaux et brosses à dents ;



- éviter les tatouages, piercings ou encore l'acupuncture par des non-professionnels;
- grossesse et accouchement (le dépistage du VHB est obligatoire dans le bilan de grossesse) : le nouveau-né de mère infectée reçoit dès la naissance une séro-vaccination par immunoglobulines anti-VHB (Immunoglobuline humaine de l'hépatite B, 100 UI en IM), et la première injection de vaccin. Plus largement, une approche globale de la sexualité et des IST doit être encouragée et développée.

ASPECTS MÉDICO-JURIDIQUES ET DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR, P. 217)

• **Un étranger « sans-papiers » atteint d'une infection chronique par le VHB, traité ou non, et ressortissant d'un pays en développement, remplit les critères médicaux de « régularisation ».** En effet, les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté n'étant habituellement pas accessibles en l'état actuel des systèmes de santé dans les pays en développement, il convient de considérer qu'un traitement approprié pour une personne atteinte d'une infection chronique par le VHB n'existerait pas en cas de retour dans le pays d'origine.

Sources pour l'aide à la décision :

- Organisation mondiale de la santé (OMS), Onusida et Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), indicateurs relatifs au système de santé, à l'accès aux soins et au développement humain (*voir Repères géopolitiques et accès aux soins, guide 2008*);
- conférence internationale des acteurs de lutte contre les hépatites en Afrique francophone, à Dakar, en juillet 2011, qui souligne l'insuffisance de dépistage, de suivi et de traitements pour les hépatites virales B et C, <http://www.hepatites.sn/images/stories/docs/compterendufinal.pdf>;
- instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux avis médicaux pour les étrangers malades, Annexe 2 :
« 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 :



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

AASLD, *Practice Guidelines, Chronic hepatitis B*, update 2009.

Comede, *Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés*, Maux d'exil n° 29, mars 2010.

EASL, *Clinical Practice Guidelines : management of chronic hepatitis B*, J. Hepatol. 2012, Vol. 57.

Inpes, *Prévention de l'hépatite B*, Repères pour votre pratique, Inpes www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/931.pdf

OMS, *Prevention & control of viral hepatitis infection : framework for global action*, 2012.

- 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, 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. »

• **Dans l'observation du Comede concernant des malades remplissant ces critères** (données 2005-2011 sur 572 procédures documentées), les taux d'accords préfectoraux sont de 54 % pour les demandes de première délivrance de titre de séjour et de 71% pour les demandes de renouvellement, alors que les tribunaux administratifs annulent 43 % des décisions de refus de titre de la part de l'administration. Les taux d'accord sont plus fréquents pour les hépatites B en cours de traitement que pour les hépatites B nécessitant une surveillance biologique, sérologique, virologique et échographique, et ce en dépit des instructions du ministère de la Santé (*voir encadré supra*).

INFECTION À VHC

Le virus de l'hépatite C (VHC) provoque une infection aiguë qui présente un risque élevé de passage à la chronicité, de l'ordre de 55 % à 90 % des cas. L'hépatite chronique peut être responsable d'une cirrhose (30 % des cas), puis d'un cancer du foie, en quelques années ou plusieurs décennies. On estime que, en moyenne, après 20 ans d'évolution, la progression de la cirrhose est de 20 % et le risque de carcinome hépatocellulaire de 3 à 5 % par an. Il n'existe pas de vaccin contre l'infection par le VHC, mais il existe des traitements efficaces pour éradiquer durablement le VHC dans 50 à 90 % des cas d'hépatite chronique virale C.

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **La prévalence estimée de l'infection par le VHC est de 0,8 % en France et de 3 % dans le monde.** Les régions à forte prévalence de l'infection par le VHC sont l'Afrique subsaharienne, l'Asie du Sud-Est, le Moyen-Orient et l'Amérique du Sud.
- **Dans l'observation du Comede** (voir *Épidémiologie, guide 2008*), les prévalences les plus élevées de l'infection chronique à VHC sont retrouvées pour les personnes originaires d'Asie centrale (femmes 158, hommes 73), d'Afrique centrale (femmes 38, hommes 32), d'Europe de l'Est (femmes 34, hommes 38) et du Moyen-Orient (hommes 109).
- **La transmission du VHC se fait essentiellement par voie sanguine.** De nombreux actes médicaux ou comportements sont à risque d'infection par le VHC, et justifient la pratique d'une sérologie de dépistage :
 - avant 1986 en France : administration de fractions antihémophiliques ou dérivés sanguins labiles ;
 - avant 1992 en France : transfusion de sang, « culots » globulaires, concentrés plaquettaires, plasma greffe de tissus, cellules, organes ;
 - avant 1997 en France : exposition lors d'actes invasifs (endoscopie

avec biopsie) compte tenu des risques alors incomplètement maîtrisés;

- quelle que soit la date : hémodialyse; partage ou mise en commun de matériel utilisé pour la préparation et l'injection d'héroïne, de cocaïne ou de médicaments détournés; partage de paille pour la prise de drogues par voie nasale; transmission materno-fœtale;
- d'autres situations peuvent présenter un risque : piercings, tatouages, scarifications, soins traditionnels dans un contexte étranger, soins dans les pays à forte prévalence de VHC.

CLINIQUE ET BIOLOGIE

• **Hépatite C aiguë.** Après une durée moyenne d'incubation de 8 semaines (2-26), l'hépatite aiguë est généralement asymptomatique. Dans 20% des cas, il existe des signes non spécifiques : fatigue, nausées, douleur hépatique, puis urines foncées et ictère. Le dosage des ALAT (alanine aminotransférase, transaminases) renseigne sur le fonctionnement du foie : elles s'élèvent avant l'apparition des symptômes (pic ALAT x 10). La sérologie virale fait le diagnostic (présence d'anticorps anti-VHC par test ELISA). La PCR (détection de l'ARN qualitatif du virus) est positive. La guérison est spontanée dans environ 25% à 35% des cas.

• **Hépatite C chronique (Ac anti-VHC+, PCR+) :**

- dans environ 25% des cas, les transaminases (ALAT) sont normales sur 3 dosages au cours d'une période d'au moins 6 mois. L'hépatite est asymptomatique, mais il existe le plus souvent des lésions minimales d'hépatite chronique à la ponction-biopsie hépatique (PBH).
- dans 50% des cas (situation la plus fréquente chez les jeunes), on constate une augmentation modérée et fluctuante des transaminases (ALAT). Il existe parfois une fatigue anormale. La PBH montre des lésions minimales et l'évolution est lente.
- dans 25% des cas, les transaminases (ALAT) sont fortement augmentées; situation plus fréquente chez les patients fragilisés par l'âge, l'alcool ou un déficit immunitaire. La PBH montre une activité plus marquée et surtout une fibrose plus extensive. Le risque de cirrhose est élevé. Dans tous les cas, le risque de lésions hépatiques évoluant vers la cirrhose justifie un bilan spécialisé avec une PBH ou des tests non invasifs destinés à évaluer le degré d'activité et de fibrose. **Il est important de vérifier l'absence d'une autre infection virale associée,**



en particulier le VHB ou le VIH, qui aggravent les lésions hépatiques et accélèrent la progression vers la cirrhose.

• **Des alternatives non invasives à la PBH ont été validées par la HAS et prises en charge par l'assurance maladie** : tests sériques regroupés en score (FIBROTEST[®], FIBROMÈTRE[®], HEPASCORE[®]) et élastographie impulsionnelle ultrasonore (FIBROSCAN[®]). Les scores biologiques permettent d'éviter 50 % des PBH et identifient bien les fibroses minimales (F1 F2) ou importantes (F3 F4) ; ils sont moins performants dans les cas de fibrose intermédiaire (F2 F3) et ne peuvent être utilisés en cas de maladie de Gilbert, de traitement antirétroviral et d'hémolyse. Le FIBROSCAN[®] consiste en une onde ultrasonore qui mesure la dureté du foie. Le segment hépatique étudié est environ 100 fois celui d'une biopsie. Les résultats sont bien corrélés avec ceux de la PBH, sauf en cas d'obésité ou d'ascite.

• **Cirrhose et cancer** (carcinome hépatocellulaire). La cirrhose hépatique entraîne une insuffisance hépatocellulaire, et un hypersplénisme biologique (thrombopénie et/ou taux de prothrombine < 70 %). Elle est le plus souvent découverte lors de la PBH, parfois à l'occasion d'une complication (ascite, rupture de varices œsophagiennes). Le carcinome survient sur une cirrhose et reste longtemps silencieux. Son incidence (2 à 5 % par an) justifie la surveillance par échographie et dosage de l'α-fœtoprotéine tous les 6 mois.

DÉPISTAGE

• **Compte-tenu de la gravité potentielle de l'hépatite C, la proposition du test ELISA[®] d'emblée (sérologie VHC) est notamment justifiée pour tous les patients :**

- qui ont reçu des soins dans des pays à forte prévalence du VHC (*voir supra*), en raison de la précarité de nombreux systèmes de santé (réutilisation de matériel mal stérilisé) ;
- qui, avant 1992 en France, ont été transfusés, qui ont bénéficié d'une intervention chirurgicale lourde, d'une greffe, de soins en réanimation ou en néonatalogie ;
- qui sont hémodialysés ;
- qui sont nés de mère séropositive pour le VHC ;
- qui ont un partenaire sexuel atteint d'hépatite ;
- qui font partie de l'entourage familial de personnes atteintes d'hépatite C ;
- qui sont atteints d'affection hépatique (dont l'hépatite B) et/ou porteurs du VIH ;

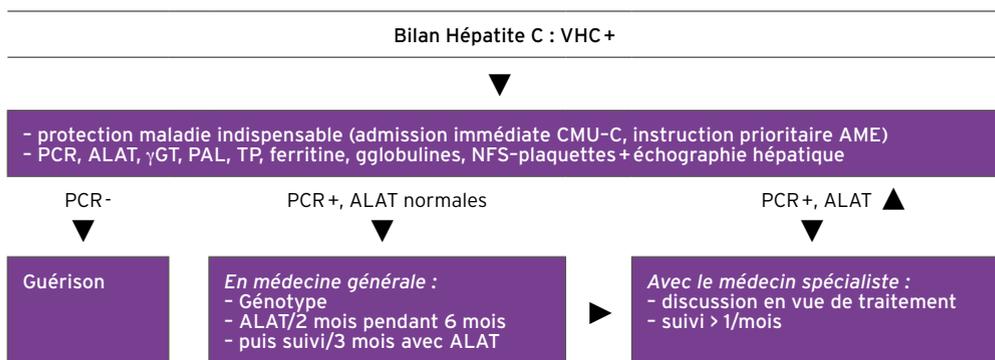


- qui sont ou ont été usagers de drogues par voie veineuse ou nasale;
- qui sont ou ont été incarcérés;
- qui ont eu un tatouage, un piercing, de l'acupuncture sans utilisation de matériel à usage unique.

Pour les personnes concernées :

Livret Hépatite C, dépistage, clinique, prise en charge et conseils aux patients,
www.inpes.sante.fr

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE



• **Qui faut-il traiter ?** La décision thérapeutique dépend principalement des résultats de l'étude anatomo-pathologique du foie et/ou des méthodes non invasives (Score MÉTAVIR > A1 et > F1 à la PBH), mais aussi du génotype viral et de facteurs environnementaux et sociaux :

Score	Activité	absente A0	minime A1	modérée A2	sévère A3	
MÉTAVIR	Fibrose	absente F0	minime F1	modérée F2	sévère F3	cirrhose F4

La décision de traiter un patient souffrant d'une hépatite chronique C implique l'intervention d'une équipe spécialisée pluridisciplinaire (suivi conjoint spécialistes et généraliste, éducation thérapeutique, accompagnement social et juridique).

• **Comment traiter ?** L'association interféron pégylé et ribavirine en première intention sur prescription initiale hospitalière continue de faire ses preuves mais ces derniers mois des progrès sensibles ont été observés dans le traitement



des virus de génotype 1 avec l'ajout de l'un de ces inhibiteurs de protéases : le TÉLAPRÉVIR® ou le BOCÉPRÉVIR®.

- peginterféron $\alpha 2b$ (VIRAFERON-PEG®), 1 injection par semaine à la dose de 1,5 $\mu\text{g}/\text{kg}$; ou $\alpha 2a$ (PEGASYS®), dose standard de 180 μg / semaine. Parmi les contre-indications : grossesse ou projet de grossesse à court terme, dépression sévère, une maladie auto-immune, en particulier thyroïdienne (faire le dosage de TSH et des marqueurs de la thyroïde), atteinte sévère du cœur, du rein, du foie, du système nerveux (épilepsie);
- ribavirine (REBETOL®, COPEGUS®, gel 200 mg), 800 à 1200 mg/j. selon le poids. Parmi les contre-indications : grossesse ou projet de grossesse à court terme, hémoglobinopathie, allaitement, ATCD psychiatrique grave (dépression), atteinte sévère du cœur, du rein, du foie.

Associés, pour les virus de génotype 1 ou les patients « rechuteurs » ou répondeurs partiels à la bithérapie, à :

- télaprèvir (INCIVO®), 750 mg, 3/j. pour une durée de 24 à 48 semaines en association avec la bithérapie peginterféron $\alpha 2b$ et ribavirine. Une attention particulière doit être portée aux risques plus élevés de toxidermie grave, de syndrome de Stevens-Johnson et d'anémie.
- ou bocèprèvir (VICTRELIS®), 800 mg, 3/j. pour une durée de 24 à 48 semaines en association avec la bithérapie peginterféron $\alpha 2b$ et ribavirine.

• **Traitement, pronostic et évaluation de la réponse virologique.** Les chances de réussite du traitement sont essentiellement fonction du génotype du VHC (6 génotypes sont décrits).

Le pronostic dépend du génotype viral

- avec le génotype 1 (65% des cas), les chances de guérison sont de 66% avec la trithérapie;
- avec le génotype 4 (5 à 10% des cas), elles sont de 60 à 70%;
- avec les génotypes 2 et 3 (25 à 30% des cas), elles sont de 80 à 90%.

Les autres génotypes sont exceptionnels en France.

- les malades porteurs du génotype 1 doivent avoir une PCR avant de débiter le traitement; un contrôle de la PCR à 1 et 3 mois permet de mesurer l'efficacité du traitement. Si la baisse est significative (2 log) on poursuit le traitement 12 mois.



- en cas de cirrhose bien compensée on peut proposer la bithérapie. Si la cirrhose est décompensée (hémorragie digestive, ascite, syndrome hépatorénal, encéphalopathie), il faut discuter l'indication d'une greffe du foie.

- chez les patients séropositifs au VIH qui ont une bonne immunité, l'attitude thérapeutique est la même que pour le patient infecté par le seul VHC.

- pour le malade traité pour le VIH, il faut d'abord contrôler l'immunodépression.

• **Surveillance médicale :** NFS chaque semaine pendant 1 mois puis chaque mois avec ALAT. TSH, créatininémie, uricémie tous les 3 mois. La guérison peut être affirmée si la PCR est négative 6 mois après l'arrêt du traitement. Certains patients sont non répondeurs et gardent une PCR positive pendant la durée du traitement. Les chances qu'un nouveau traitement soit efficace sont faibles. D'autres répondeurs-rechuteurs se positivent de nouveau à l'arrêt du traitement. Un nouveau traitement de durée plus longue peut éradiquer le VHC.

• **Conseils pour les patients :**

- modérer la consommation d'alcool (< 20 g/j. chez les hommes et 10 g/j. chez les femmes);

- ne pas prendre de médicaments sans l'avis du médecin;

- perdre du poids en cas d'excès pondéral (il y aurait une meilleure réponse au traitement);

- vaccination recommandée contre l'hépatite B et l'hépatite A en cas de risque.

• **Risques de contamination :**

- la contamination sexuelle ou materno-fœtale est rare.

- relations sexuelles : le préservatif est conseillé en cas de partenaires multiples ou de rapport pendant les règles si la femme est porteuse du VHC. Le dépistage du partenaire est justifié;

- vie sociale : éviter le partage des objets de toilette (brosse à dents, coupe-ongles, rasoir, ciseaux, pince à épiler...), désinfection et pansement des plaies;

- soins médicaux : informer les soignants (infirmiers, dentistes, chirurgiens);

- grossesse et allaitement (le dépistage du VHC est recommandé dans le bilan de grossesse) : la grossesse, l'accouchement par voie naturelle et l'allaitement ne sont pas contre-indiqués.

Le diagnostic de l'infection chez l'enfant repose sur la recherche de virus dans le sang (PCR) qui est proposée entre l'âge de 3 mois et 12 mois.



ASPECTS MÉDICO-JURIDIQUES ET DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR, P. 217)

• **Un étranger « sans-papiers » souffrant d'une hépatite C chronique, traité ou non, et ressortissant de pays dont le système de santé est précaire, remplit les critères médicaux de régularisation.** L'hépatite chronique C traitée peut être considérée comme guérie lorsque la charge virale du VHC reste indétectable 6 mois après l'arrêt du traitement. Cependant, en cas d'éventuelles séquelles graves résultant de l'infection (cirrhose), une surveillance régulière tous les 6 mois (clinique, biologique et échographique) restera nécessaire pour surveiller la survenue de complications, notamment un carcinome hépatocellulaire. Or, les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté n'étant habituellement pas accessibles en l'état actuel des systèmes de santé dans les pays en développement, il convient de considérer qu'un traitement approprié pour une personne atteinte d'une infection chronique par le VHC n'existerait pas en cas de retour dans le pays d'origine.

Sources pour l'aide à la décision :

- Organisation mondiale de la santé (OMS), Onusida et Programme des Nations unies pour le développement (PNUD), indicateurs relatifs au système de santé, à l'accès aux soins et au développement humain (*voir Repères géopolitiques et accès aux soins, guide 2008*);
- Conférence internationale des acteurs de lutte contre les hépatites en Afrique francophone, à dakar en juillet 2011, qui souligne l'insuffisance de dépistage, de suivi et de traitements pour les hépatites virales B et C, <http://www.hepatites.sn/images/stories/docs/compterefinal.pdf>;
- Instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux avis médicaux pour les étrangers malades, Annexe 2 :
« 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, 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. »

• **Dans l'observation du Comede concernant des malades remplissant ces critères** (données 2005-2011 sur 127 procédures documentées), les taux d'accords préfectoraux sont de 81 % pour les demandes de première délivrance de titre de séjour et de 76 % pour les demandes de renouvellement, alors que les tribunaux administratifs annulent 70 % des décisions de refus de titre de la part de l'administration.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

AASLD, *Practice Guideline, Diagnosis, Management and treatment of hepatitis C*, Hepatology, Vol. 49, N° 4, 2009.

AASLD, *An Update on Treatment of Genotype 1 Chronic Hepatitis C Virus Infection*, Hepatology, October 2011.

Comede, *Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés*, Maux d'exil n° 29, mars 2010.

EASL, *Clinical Practice Guidelines : management of hepatitis C virus infection*, J. Hepatol. 2011, Vol. 55.

HAS, *VHC ALD n° 6 Guide médecin sur l'hépatite chronique C*, www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/06-072_hepat-c_internet_sans_liste.pdf

ASTHME

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes, caractérisée par une obstruction bronchique très variable selon les patients et dans le temps. Sous-diagnostiqué et insuffisamment pris en charge dans la population générale, l'asthme est potentiellement mortel. Il peut représenter une lourde charge pour les individus et leurs familles et limite souvent l'activité du malade tout au long de sa vie. Destiné à améliorer la qualité de vie et le pronostic vital des patients, le traitement de fond de l'asthme persistant relève d'une prise en charge médicale au long cours, associée à un accompagnement socio-juridique pour les migrants/étrangers en situation précaire.

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **Dans le monde, environ 300 millions de personnes souffrent d'asthme** actuellement (taux de prévalence estimé variant de 1 à 18 % selon les pays) et on enregistrait, en 2005, 255 000 décès par an dus à cette affection, plus de 80 % des décès liés à l'asthme survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, selon l'OMS, en 2011.

- **En France, la dernière enquête nationale de l'Irdes en 2006 évaluait à 6,7 % la prévalence de l'asthme, soit 4,15 millions de personnes asthmatiques.** Les inégalités sociales restent marquées pour cette maladie, avec un net gradient social concernant à la fois la prévalence, la sévérité et le niveau de contrôle de la maladie par le traitement. La précarité est un facteur de risque établi d'asthme aigu grave et de mort par asthme. De 9 à 15 % des cas d'asthme seraient attribuables à une origine professionnelle.

- **Dans l'observation du Comede** (voir *Épidémiologie, guide 2008*), les prévalences les plus élevées de l'asthme persistant sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique

de l'Ouest (femmes 18 pour 1000, hommes 35), d'Afrique du Nord (femmes 8, hommes 26), d'Asie du Sud (femmes 16, hommes 14) et des Caraïbes (femmes 21, hommes 8). Par classe d'âge, les taux de prévalence sont plus élevés avant 15 ans et après 30 ans, le taux étant de 43 pour 1000 pour les migrants âgés de plus de 65 ans.

CLINIQUE

• **L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires.** L'inflammation est associée à une hyper-réactivité anormale des muscles lisses respiratoires qui conduit à des épisodes récurrents de sifflements (sibilants), de difficultés à respirer (dyspnée) et de toux, particulièrement la nuit ou au petit matin ou lors de l'exposition à divers stimuli, tels que poussières, allergènes, fumée de tabac, pollution aérienne, froid, expositions professionnelles ou lors d'un effort intense. Les exacerbations aiguës, qui constituent les « crises d'asthme » décrites par les malades, sont souvent accompagnées d'une obstruction bronchique qui persiste en dehors des crises. Les troubles respiratoires sont très variables d'un patient à l'autre et selon les périodes de la vie : même non traité, l'asthme ne s'aggrave pas avec le temps de manière linéaire. Il en résulte des symptomatologies différentes, parfois limitées à une gêne passagère, mais parfois invalidantes par la fréquence et la gravité des crises qui peuvent s'avérer mortelles.

Facteurs de risque d'asthme aigu grave (AAG).

En raison de la précarité de leur situation socio-économique, les migrants concernés font partie du groupe de patients à risque de développer un AAG. Autres facteurs de risque : antécédent de passage en réanimation pour asthme, adolescents ou patients âgés, visites fréquentes aux urgences ou hospitalisations itératives, mauvaise observance, tabagisme important, patients « mauvais percepteurs » de leur obstruction bronchique, utilisation de 3 médicaments ou plus pour l'asthme.

• **Signes d'AAG :** crise ressentie comme inhabituelle et rapidement progressive. Signes de gravité immédiate : difficulté à parler, à tousser, agitation, sueurs, pâleur/cyanose, utilisation des muscles respiratoires accessoires ; fréquence respiratoire > 30/min, fréquence cardiaque > 120/min ; inefficacité des bêta-2-stimulants inhalés d'action brève.



Toute crise se prolongeant anormalement et résistante au traitement habituel chez un asthmatique connu doit alerter.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- **Protection maladie indispensable, demande de complémentaire-CMU en admission immédiate (voir p. 158) ou AME en instruction prioritaire (voir p. 180).** Soutien socio-juridique et aide à la vie quotidienne. Vaccination (*guide 2008*) recommandée contre la grippe (1 dose 0,5 ml SC ou IM, 6 €, NR), éviction si possible des expositions professionnelles et traitement de la rhinite allergique.

- **La prise en charge médicale de l'asthme doit associer un traitement médicamenteux et des séances d'éducation thérapeutique.** Les médicaments de l'asthme sont de deux types : des broncho-dilatateurs (d'action rapide ou d'action prolongée) agissant directement sur les muscles qui entourent les bronches en les relaxant, et des anti-inflammatoires (corticostéroïdes en premier lieu) agissant sur la maladie de fond.

- **Le traitement des crises et exacerbations consiste en des inhalations, répétées si besoin, d'un bronchodilatateur β 2-mimétique d'action rapide,** agissant en quelques minutes : salbutamol, 1 à 2 bouffées à 100 μ g (sol/inh. flacon 200 doses, 5 €, R 65 %). À renouveler après quelques minutes en cas de persistance \pm corticoïde oral : prednisolone 0,5 à 1 mg/kg/j. pendant 3 à 10 jours (Gé cp 20 mg x 20, 5 €, R 65 %).

Traitement de l'AAG par β 2-stimulants nébulisés, oxygène et corticoïdes :

- répétition des inhalations de β 2-stimulant, si possible à l'aide d'une chambre d'inhalation ;
- oxygénothérapie et administration de β 2-stimulants nébulisés (à défaut, injection SC) ;
- corticoïde systémique, en sachant qu'il n'exerce ses effets qu'après 2 à 3 heures ;
- hospitalisation dans tous les cas, en urgence si l'état ne s'améliore pas après 30 min ou en cas de signe de détresse : impossibilité de parler, pause respiratoire, troubles de conscience.



• **L'introduction ou non d'un traitement de fond et sa posologie initiale sont décidées en fonction de critères de sévérité** (voir *tableau 1 infra*). La sévérité de la maladie, classée par paliers, est déterminée en fonction des symptômes et de critères fonctionnels : débit expiratoire de pointe (DEP) et/ou volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS). On considère que tout asthme persistant justifie un traitement de fond : en premier lieu des corticostéroïdes inhalés (CSI), à prendre de façon quotidienne et prolongée (effet optimal en 4 à 8 semaines).

• **Le traitement doit ensuite être adapté en fonction du degré de contrôle de l'asthme.** Celui-ci apprécie l'activité de la maladie sur quelques semaines (1 semaine à 3 mois), en fonction des événements respiratoires cliniques et fonctionnels et de leur retentissement. Un contrôle acceptable (*voir tableau 2 infra*) est le minimum à rechercher chez tous les patients.

En cas de contrôle inacceptable, c'est-à-dire la non-satisfaction de un ou de plusieurs critères de contrôle, il est recommandé, sans hésiter, de référer le patient vers un spécialiste, d'augmenter la dose de CSI par paliers progressifs (après vérification de l'observance et de la compréhension de la technique par le patient, et de l'absence de facteurs aggravants ou de pathologies associées). Des traitements additionnels existent, mais restent des traitements de deuxième, voire troisième intention (moins efficaces et à risque important d'effets secondaires), réservés à un contrôle insuffisant malgré une dose forte de CSI (> 1000 µg/j.), ou à des cas particuliers (*voir tableau 3*).

Une fois le contrôle acceptable ou optimal obtenu pendant au moins 3 mois, une réduction thérapeutique par paliers recherche le traitement minimal efficace, voire l'arrêt du traitement de fond.



Tableau 1 : Décision d'introduction d'un traitement en fonction du degré de sévérité de l'asthme

Palier 1 : Intermittent	Palier 2 : Persistant léger	Palier 3 : Persistant modéré	Palier 4 : Persistant sévère
Symptômes < 2/semaine Sp nocturnes < 2/mois DEP > 80 % meilleure valeur	Symptômes < 1/jour Sp nocturnes < 1/semaine DEP > 80 %	Symptômes quotidiens Sp nocturnes > 1/semaine DEP 60-80 %	Symptômes continus Limitation activité quotidienne DEP < 60 %
Pas de traitement de fond	L'introduction d'un traitement de fond est recommandée		
β2-mimétique d'action rapide seul, à la demande.	Médicaments de référence : corticostéroïdes inhalés, à débiter par dose faible à moyenne (ex. 500 µg de béclométasone en deux prises par jour). (béclométasone 250 µg sol/inh., flacon 200 doses, 29 €, R 65 % ou budésonide PULMICORT® 200µg en turbuhaler, récipient 200 doses, 38 €, R 65 %) + β2-mimétique d'action rapide à la demande.		

Tableau 2 : Paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme

Paramètres	Moyenne sur la période d'évaluation du contrôle
Symptômes diurnes Symptômes nocturnes Activité physique Absentéisme professionnel ou scolaire Exacerbations Utilisation de β2-mimétique d'action rapide DEP ou VEMS	Moins de 4 jours par semaine Moins d'une nuit par semaine Normale Aucun Légères ou peu fréquentes Moins de 4 doses par semaine >85 % de la meilleure valeur personnelle

Tableau 3 : Indications des traitements additionnels

Corticothérapie orale	En cas de symptômes sévères non contrôlés malgré une forte dose de CSI (Prednisolone 1 à 10 mg/j.)
β2-mimétique d'action lente	Surtout en cas de symptômes nocturnes dominants. Toujours en association avec un CSI du fait de risque d'exacerbation grave. Des formes d'associations existent si l'ajout d'un troisième traitement paraît trop complexe (Formétérol+Budésonide : SYMBICORT® turbuhaler, poudre/inh., 120 doses, 49 €, RS 65 %)
Antileucotriènes	Peu d'effet notable, traitement de troisième intention (Montelukast : SINGULAIR®10 mg, 28 cp, 34 €, RS 65 %)



CALENDRIER DU SUIVI CLINIQUE ET DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

• Des consultations régulières de suivi sont indispensables.

Leur rythme doit être adapté à la sévérité et au degré de contrôle de la maladie. Seuls deux examens complémentaires ont leur place dans le suivi, en dehors de cas particuliers (diagnostic initial, AAG, difficultés à contrôler la maladie, complications) :

- la mesure en cabinet du débit expiratoire de pointe (DEP) ou « peak-flow » est utile pour l'évaluation clinique (débitmètre de pointe, RSS jusqu'à 23€). Les normes dépendent de la taille, du sexe et de l'âge (environ 400l/min chez la femme et 700 chez l'homme). Elle est également intéressante pour l'éducation thérapeutique (*voir infra*);
- une exploration fonctionnelle respiratoire (EFR), examen spécialisé, est nécessaire de 3 à 6 mois après le début du traitement comme examen de référence, parfois pour le diagnostic, et avant toute tentative d'interruption du traitement de fond.

Fréquence Consultations avec DEP et EFR au cours du suivi des patients contrôlés

Dose CSI (en équivalent béclométhasone)	Consultation de suivi avec DEP	Épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR)
Dose forte (> 1000 µg)	/3 mois	/3 à 6 mois
Dose moyenne (500-1000) ou faible (< 500)	/6 mois	/6 à 12 mois
Aucun corticostéroïde	/12 mois	/12 mois ou plus

Fréquence Consultations avec DEP et EFR en cas de contrôle inacceptable

Recours corticothérapie orale	à 1 semaine et 1 mois de l'arrêt de la CO
Pas de corticothérapie orale	1 à 3 mois après la modification thérapeutique

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES ASTHMATIQUES

- L'éducation thérapeutique, centrée sur la personne, est un processus intégré dans la démarche de soins et destiné à faire acquérir et maintenir des compétences à la personne malade (*voir p. 239*). Structurée, effectuée si besoin avec un interprète professionnel, elle est plus efficace que l'information



Information et soutien des malades :

Association Asthme et Allergies, Numéro Vert 08 00 19 20 21, www.asthme-allergies.org

Comité national contre les maladies respiratoires, 66, bd Saint-Michel, 75006 Paris, 01 46 34 58 80, www.lesouffle.org

seule. Les séances doivent être régulières, particulièrement en cas d'asthme sévère ou de risque de gravité. Les compétences acquises sont transversales et sont applicables à toutes les affections chroniques.

• **Pour les personnes asthmatiques, elle comporte, après un diagnostic éducatif** (recueil des informations sur le patient : personnalité, mode de vie, besoins, connaissance de la maladie et de sa thérapeutique, capacité à apprendre) **un apprentissage à l'autogestion du traitement :**

- appréciation des symptômes avec un système à trois zones, verte/orange/rouge, en fonction du contrôle de l'asthme, aidé autant que possible par une bonne utilisation du DEP;
- maîtrise des techniques d'utilisation des différentes thérapeutiques;
- adoption d'un plan de crise, en cas d'apparition de symptômes aigus, pour aider le patient à utiliser les β 2-mimétiques d'action rapide voire les corticoïdes oraux, recourir à temps aux consultations médicales et services d'urgence. Cela doit faire l'objet d'une prescription médicale écrite détaillée, en fonction de l'intensité de la crise et de la réponse aux médicaments.

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR P. 217)

• **Un étranger en situation irrégulière atteint d'asthme persistant et ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) doit bénéficier d'un titre de séjour.** Dans le cas d'un asthme persistant, l'insuffisance du traitement de fond peut conduire à la survenue d'exacerbations potentiellement mortelles. Or, si les β 2-mimétiques inhalés d'action rapide sont d'accès relativement aisé, il en va différemment du traitement de fond en raison de la faible disponibilité et du coût des corticoïdes inhalés et des β 2-mimétiques inhalés d'action prolongée, de l'absence fréquente de recommandations cliniques et thérapeutiques, ainsi que de la carence en médecins (prescription et surveillance clinique).

• **Le « Global Asthma Report » de 2011 présente une étude sur la disponibilité des médicaments de l'asthme dans un grand nombre de pays à bas revenus et revenus moyens.** Il en ressort que les corticostéroïdes inhalés ne figurent qu'exceptionnellement dans la liste des médicaments essentiels



de ces pays. Et même alors, cela ne garantit pas leur accessibilité dans les dispositifs publics. Une étude y examine également les prix moyens des traitements. À titre d'exemple, en Guinée-Conakry, une boîte de Salbutamol 100 µg représente 4 à 8 jours de salaire d'un fonctionnaire de base et une boîte de budésonide 107 jours de salaire.

• **Dans l'observation du Comede, le taux de reconnaissance du droit au séjour pour les personnes asthmatiques diminue depuis 2003**, les refus étant principalement fondés sur la contestation par l'administration du risque pour le malade d'être exclu des soins nécessaires au pays d'origine. Parmi 167 réponses documentées entre 2005 et 2011, le taux d'accord est de 66 % en première demande (79 % entre 2000 et 2006), de 83 % en renouvellement et de 39 % en recours contentieux contre un refus de délivrance de titre de séjour (avec de grandes variations selon les départements). Les refus les plus fréquents concernent les personnes originaires de Mauritanie et de Côte d'Ivoire.

• **Pour la rédaction des rapports médicaux destinés au médecin de l'agence régionale de santé et, en cas de recours contentieux, des certificats destinés au tribunal administratif**, une attention particulière doit être portée sur les arguments concernant le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale (degré de sévérité de la maladie et autres risques d'asthme aigu grave) ainsi que sur le risque pour le patient de ne pouvoir disposer des soins nécessaires dans son pays d'origine, en s'appuyant notamment sur les indicateurs de l'OMS relatifs au système de santé du pays d'origine (*voir Repères géopolitiques et accès aux soins, guide 2008*) et sur les résultats des études présentés dans le Global Asthma Report de 2011.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Rapports d'activité et d'observation*, www.comede.org

Global Asthma Report 2011, www.globalasthmareport.org

Global Initiative For Asthma (GINA), *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, 2011, www.ginasthma.org

Haute Autorité de santé, (1986) *Recommandations pour le suivi médical des patients asthmatiques adultes et adolescents*, 2004, www.has-sante.fr

Prescrire, *Traitement de l'asthme au long cours*, juin et juillet 2007, Tome 27 n° 284 et 285

TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie infectieuse aggravée par la malnutrition et la précarité. Transmissible par voie aérienne, l'infection tuberculeuse provoque une tuberculose-maladie (TM^o généralement dans 10 % des cas, et jusqu'à 50 % des cas selon l'âge et l'état de santé de la personne (notamment chez les jeunes enfants, ou en cas d'immunodépression). La tuberculose est une pandémie mondiale (1,3 million de morts en 2010), dont le dépistage reste justifié pour les exilés récemment arrivés en France et les migrants en situation de précarité. Le traitement dure au moins 6 mois.

ÉPIDÉMIOLOGIE

- **La tuberculose est due à une mycobactérie, *Mycobacterium tuberculosis*, également appelé bacille de Koch (BK).** Bien que tous les organes puissent être infectés, la tuberculose atteint le plus souvent le poumon, ce qui explique la transmission inter-humaine par voie aérienne. Les autres localisations (« extra-pulmonaires ») ne sont qu'exceptionnellement contagieuses.
- **L'infection tuberculeuse, qui résulte de l'inhalation de BK au contact d'un malade qui expectore/crache des bacilles, est le plus souvent latente, asymptomatique.** Lorsqu'elle associe des signes généraux discrets (érythème noueux, conjonctivite phlycténulaire, sueurs), respiratoires, et/ou des anomalies radiologiques (adénopathies, infiltrat, caverne), elle doit être considérée comme une tuberculose-maladie (TM) et traitée comme telle (*voir infra*). Le diagnostic de l'infection latente (ITL) repose sur la positivité et l'interprétation des tests immunologiques IDR ou IGRA (*voir encadré*). Toute infection tuberculeuse récemment acquise risque d'évoluer vers une tuberculose-maladie (TM), principalement durant les deux années suivant cette infection, mais ce risque persiste toute la vie, surtout si l'immunité s'affaiblit. Ce risque d'évolution vers la maladie est très élevé chez les petits enfants, les adolescents



et les immunodéprimés. Ce risque d'évolution vers la maladie est plus élevé chez les petits enfants, les adolescents et les immunodéprimés.

Il existe 2 types de tests immunologiques explorant les réponses immunes spécifiques :

- **l'intradermo-réaction à la tuberculine (IDR)**. L'induration consécutive à une injection intradermique de tuberculine est mesurée après 72 heures, elle est positive si ≥ 5 mm. Une IDR moyennement positive (≥ 10 mm) doit être interprétée avec prudence (pas de traitement préventif systématique, excepté chez un enfant de moins de quinze ans qui n'aurait pas été vacciné par le BCG). Une IDR très positive (≥ 15 mm) chez les migrants de moins de 15 ans justifie un traitement préventif.

- **les tests de détection de l'interféron gamma (test IGRA)** reproduisent in vitro la première étape de la réaction immunologique au BK réalisée in vivo au cours d'une IDR. Réalisés à partir d'un prélèvement veineux, ces tests sont spécifiques du BK et ne sont donc pas modifiés par une éventuelle vaccination BCG antérieure.

Un test immunologique négatif ne peut toutefois exclure une TM ou une ITL, les résultats étant dépendants du statut immunitaire de la personne. Aucun des tests ne permet de différencier une infection ancienne d'une infection récente ni donner d'indication quant au risque d'évolution vers une TM.

ATTENTION

les tests IGRA ne sont pas recommandés chez l'enfant de moins de 5 ans.

Un tiers de la population mondiale est infectée par le BK, dont 95 % dans les pays en développement. L'épidémie d'infection à VIH considérablement augmenté l'incidence de la tuberculose dans certaines grandes villes d'Afrique subsaharienne. Le taux d'incidence mondiale est en légère baisse depuis 2006, avec de grandes disparités géographiques et sociales. En 2010, 60 % des 8 millions de nouveaux cas ont été enregistrés en Asie, mais l'Afrique subsaharienne compte la plus grande proportion de nouveaux cas par habitant (> 270 cas pour 100 000).

Les tuberculoses résistantes aux antibiotiques antituberculeux, et en particulier les formes MDR (*multidrug-resistant*) résistantes aux médicaments les plus puissants, sont en augmentation et posent de difficiles problèmes de prise en charge en Europe de l'Est, en Asie centrale et du Sud et en d'Afrique subsaharienne, principalement mais non exclusivement chez les patients déjà traités pour tuberculose



ou incarcérées. Elles sont également fréquentes chez les patients venant de Chine, du Pérou ou d'Afrique du Sud.

OMS, Multidrug and extensively drug-resistant TB (M/XDR-TB), Global report surveillance and response, 2010,

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599191_eng.pdf

• **En France, le taux d'incidence de la tuberculose** diminue lentement mais régulièrement depuis des décennies. Il est de 8,1/100 000 en 2010, mais de fortes disparités subsistent : certaines zones géographiques (Ile-de-France et Guyane) et certains groupes de populations sont beaucoup plus exposés, dont les personnes originaires de pays de forte endémie.

• **Dans l'observation du Comede (voir Épidémiologie, guide 2008)**, les prévalences les plus élevées de la tuberculose-maladie sont retrouvées parmi les exilés d'Afrique centrale (femmes 9, hommes 19), de Haïti (femmes 7, hommes 8) et d'Asie centrale (femmes 18, hommes 6).

DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE MALADIE

Chez l'enfant, la TM peut être asymptomatique ou avec des symptômes peu spécifiques mais dont la persistance justifie la recherche d'un malade tuberculeux dans son entourage. Les formes graves (méningite et miliaire) sont plus fréquentes chez le jeune enfant et prévenues par le BCG.

• Diagnostic clinique :

- **signes généraux communs à toutes les formes de la maladie :** asthénie/fatigue et altération de l'état général, fébricule vespéral, sueurs nocturnes, inappétence, amaigrissement ;
- **signes de la tuberculose pulmonaire :** bien qu'il existe des formes peu symptomatiques, on constate le plus souvent une toux d'abord sèche puis productive avec expectoration de plus en plus abondante. Une toux isolée depuis plus d'un mois doit faire pratiquer une radiographie de thorax. Quelquefois le début est aigu avec hémoptysie, pneumothorax, pleurésie, dyspnée.
- **les signes des localisations extra-pulmonaires ne sont pas spécifiques.** Associés aux signes généraux, ils font évoquer une tuberculose ganglionnaire (adénopathies), une péricardite tuberculeuse (douleurs thoraciques, tachycardie, dyspnée), une atteinte hépatique ou péritonéale (douleurs abdominales, hépatomégalie, ascite), rénale (douleurs lombaires, dysurie, leucocyturie), méningée (céphalées, troubles psychiatriques), ostéo-articulaire du rachis ou mal de Pott (douleurs rachidiennes), et multiviscérale (atteintes multiples).



Diagnostic radiologique. Les manifestations radiologiques sont variables : nodules, opacités parfois excavées, infiltrats prédominant aux lobes supérieurs (notamment à droite) et postérieurs, adénopathies hilaires, épanchement pleural. Un semis de micronodules dans les deux champs pulmonaires évoque une miliaire tuberculeuse. La radiographie thoracique standard est suffisante dans la plupart des cas. Le scanner peut être utile pour affirmer ou préciser le diagnostic, notamment chez l'enfant, et évaluer les séquelles en fin de traitement.

• **Le diagnostic formel de la tuberculose est bactériologique.**

Les examens bactériologiques permettent d'identifier le BK et, grâce à l'antibiogramme, de s'assurer de la sensibilité au traitement. Deux méthodes de référence sont réalisables dans tous les laboratoires :

- **l'examen microscopique direct** permet d'identifier le BK en tant que bacille acido-alcoolo-résistant (BAAR par coloration de Ziehl-Nielsen). Si le résultat est positif (BAAR+), le malade est bacillifère et contagieux. Si le résultat est négatif, la contagiosité est très faible.

- **la mise en culture sur milieu spécialisé** (Lowenstein-Jensen) s'impose dans tous les cas pour isoler un bacille non retrouvé à l'examen direct ou identifier une mycobactérie atypique et s'assurer par l'antibiogramme de la sensibilité au traitement. Les cultures en milieu solide se positivent en 2 à 8 semaines, et en 1 à 3 semaines en milieu liquide;

- **de nouvelles techniques d'identification du type et/ou de détection de marqueurs génomiques de résistance** peuvent être pratiquées dans des laboratoires spécialisés sur les cultures ou sur les prélèvements. Un nouveau test rapide d'amplification des acides nucléiques (GENEXPERT MTB/RIF®), réalisable en moins de 2 heures permet un diagnostic rapide des TM et de la résistance à la rifampicine. Ce test est particulièrement indiqué pour des groupes de population où la prévalence de la tuberculose est très élevée. L'OMS recommande son utilisation et a mis en place des tarifs préférentiels dans les pays à faibles revenus;

- **les prélèvements se font sur les expectorations pour la tuberculose pulmonaire** (3 jours consécutifs le matin au réveil). En cas de recueil impossible ou de résultat négatif à l'examen direct, il faut réaliser un tubage gastrique le matin au réveil ou une fibroscopie bronchique;

- **si une localisation extra-pulmonaire est suspectée**, la recherche de BK peut être faite dans les urines (3 jours consécutifs), ou à l'hôpital par ponction lombaire, hémoculture, biopsie...

**• Chez les patients vivant avec le VIH, les signes cliniques et bactériologiques dépendent du niveau d'immunité***(voir p. 307) :*

- si CD4 > 500/mm³, les signes sont les mêmes que pour le sujet immunocompétent;
- si CD4 entre 200 et 500/mm³, IDR+ et les formes pulmonaires restent les plus fréquentes;
- si CD4 < 200/mm³, IDR souvent négative et si les formes extra-pulmonaires dominant, l'altération de l'état général est souvent profonde et la dissémination n'est pas rare. L'atteinte par mycobactérie atypique (*avium*, *xenopi*) est dans ce cas très fréquente.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE**• L'hospitalisation est justifiée devant une altération de l'état général, une contagiosité** ou une résistance au traitement.

Le traitement ambulatoire est possible lorsqu'il n'y a pas de BAAR à l'examen direct, quand l'état général est préservé et en l'absence d'autre affection. Au-delà des examens clinique, radiologique, bactériologique et de l'IDR, le bilan initial comprend NFS, VS/CRP, ASAT-ALAT, créatininémie, uricémie, et sérologie VIH avec l'accord du patient.

• Le traitement de la tuberculose-maladie dure habituellement 6 mois, et peut être prolongé par

des équipes spécialisées dans certaines formes extra-pulmonaires notamment neuro-méningées. Il associe toujours plusieurs antibiotiques. Il doit débuter sans délai pour un malade bacillifère (BAAR+). Il peut être débuté malgré des résultats BAAR- si le clinicien dispose d'éléments suffisants.

La quadrithérapie négative les prélèvements dans la majorité des cas en 2 à 3 semaines. Le malade hospitalisé peut alors sortir sans risque de contaminer son entourage. Le traitement anti-tuberculeux doit être pris à jeun en une seule prise :

- isoniazide 5 mg/kg/j. x 6 mois (RIMIFON[®]);
- rifampicine 10 mg/kg/j. x 6 mois (RIFADINE[®]);
- pyrazinamide 30 mg/kg/j. x 2 mois (PIRILENE[®]);
- ethambutol 20 mg/kg/jour x 2 mois (DEXAMBUTOL[®]);

Les formes combinées, plus simples à prendre, favorisent l'observance et diminuent le risque de résistance (laquelle est le plus souvent due à la prise anarchique des médicaments);

- RIFATER[®] = [cp 50 mg isoniazide + 120 mg rifampicine + 300 mg de pyrazinamide];
- RIFINAH[®] = [cp 150 mg isoniazide + 300 mg rifampicine].

Centres de lutte anti-tuberculeux*(CLAT, voir guide 2008)*

Dans le cadre de la lutte antituberculeuse, chaque département est doté d'un CLAT qui a pour mission à titre gratuit pour tous les patients (art. L 3112 CSP) :

- le dépistage de la tuberculose et l'investigation dans l'entourage du patient infecté;
- le suivi médical des patients atteints, la délivrance des médicaments et la vaccination par le BCG.



Surveillance du traitement d'une tuberculose pulmonaire

	J1	J10 - J15	J30	M2	M4	M6
Consultation	•	•	•	•	•	•
Bactériologie	•	si BAAR+, contrôle à J10 - J15		contrôle si initialement BAAR +		contrôle si initialement BAAR +
Radio thorax	•	(*)	(*)	(*)	(*)	•
ASAT-ALAT	•	•	•	si anomalie		
Uricémie	•	•				
Ex. ophtalm.	•	si éthambutol		si éthambutol		
Créatininémie	•	•				

• **Le traitement permet la guérison à condition d'être bien conduit.** Il nécessite donc une bonne observance pour être efficace. L'instauration d'une relation de confiance et la diffusion d'une information adaptée favorise la participation du malade et diminue les taux d'échec et d'abandon. Des explications simples doivent être données, en sollicitant si nécessaire l'aide d'un interprète professionnel. Les modalités du suivi sont définies avec le malade, pour toute la durée du traitement. Il peut s'avérer nécessaire de s'assurer quotidiennement de la prise effective des médicaments. Il est important d'identifier régulièrement les obstacles à l'observance (personnels, familiaux, administratifs, financiers, etc.), et de mettre en place les actions d'accompagnement adapté social (*voir infra*) et médical (prise en charge d'une addiction, d'une pathologie psychiatrique, etc.). Les patients ayant des difficultés d'observance doivent être signalés au CLAT.

• **La surveillance après guérison dure de 12 à 24 mois,** avec suivi clinique et radiologique. Les consultations de suivi devraient au minimum avoir lieu aux 9^e, 12^e et 18^e mois avec une radio de contrôle au 18^e mois.

En cas de multi-résistance (BK résistant au minimum à isoniazide et rifampicine), le traitement doit être conduit en milieu spécialisé. Il fait appel aux antituberculeux de deuxième ligne encore actifs.



PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE

• La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire (DO) :

- le médecin doit effectuer le signalement sans délai et par tout moyen de tout cas de TM chez l'adulte ou l'enfant et de tout cas d'ITL chez l'enfant de moins de 15 ans auprès du médecin de l'ARS et du CLAT du lieu d'exercice. Ce signalement urgent et nominatif (téléphone, fax) permet d'organiser éventuellement une enquête dans l'entourage du cas signalé;

- chaque cas de tuberculose confirmée doit également être notifié par une fiche de déclaration obligatoire (DO, fiche accessible sur https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_13351.do), transmise à l'ARS du lieu d'exercice, où elle est anonymisée et adressée à l'Institut national de veille sanitaire (InVS) à des fins épidémiologiques. Depuis 2007, un an après le début d'un traitement antituberculeux, il est obligatoire de déclarer le devenir de chaque patient (traitement achevé, interrompu, perdu de vue, transféré, décédé ou toujours sous traitement).

• **Les difficultés de prise en charge sont inhérentes à la précarité socio-administrative** : statut, protection maladie et conditions d'hébergement (voir *Vulnérabilité et épidémiologie, guide 2008*). Outre un accompagnement social toujours nécessaire, le recours à un interprète professionnel est parfois indispensable lors des premières consultations. Le suivi médical d'un patient tuberculeux nécessite de contacter rapidement chaque patient ayant manqué un rendez-vous, ce qui nécessite que le service médical traitant dispose des coordonnées du patient (adresse et numéro de téléphone). La gratuité de la prise en charge en CLAT ne dispense en aucun cas de la nécessité d'obtenir une protection maladie intégrale, si besoin en admission immédiate CMU-C ou instruction prioritaire AME, procédures accélérées de la demande d'instruction (voir *Conditions de l'accès aux soins, p. 90*).

• **Aspects médico-juridiques et droit au séjour des étrangers malades** (voir *Rapport médical pour le droit au séjour, p. 217*). En raison de la gravité de la maladie, de la nécessité d'un traitement régulier et onéreux, et de son potentiel épidémique, les étrangers « sans-papiers » atteints de tuberculose doivent être protégés contre l'éloignement durant la période du



traitement et de la surveillance post-thérapeutique. La personne qui souhaite demander une régularisation doit être informée du caractère temporaire et précaire des titres délivrés jusqu'à la fin de la prise en charge, les préfectures délivrant souvent dans ce cas des autorisations provisoires de séjour (APS) sans autorisation de travail.

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

• **L'enquête et le dépistage de l'entourage du malade (famille, hébergeant, foyers)** doivent être faits par les CLAT avec l'aide du médecin traitant, du médecin scolaire ou du médecin du travail. Toutes les personnes ayant été en contact rapproché pendant plusieurs heures (en temps cumulé) avec le malade quand il était contagieux doivent être convoquées et dépistées, et ce d'autant plus que le malade était bacillifère et que ces personnes sont elles-mêmes fragiles (enfants, immunodéprimés). Ce dépistage repose sur l'examen clinique, l'IDR/test IGRA, et la radiographie de thorax. En fonction des résultats du dépistage, la conduite à tenir va de la simple surveillance à la mise en route d'un traitement d'une TM ou d'un traitement d'ITL qui est le plus souvent une chimio-prophylaxie par isoniazide ± rifampicine, dont l'hépatotoxicité doit être prise en compte. La surveillance est préconisée pendant 24 mois.

• Quand dépister et traiter une ITL ?

- chez les enfants migrants de moins de 15 ans provenant d'un pays où l'incidence de la tuberculose est élevée;
- Lors d'une enquête autour d'un cas, car les ITL alors découvertes ont plus de risque d'être récentes;
- chez les adultes migrants provenant d'un pays à forte incidence de tuberculose, s'ils présentent des images radiologiques séquellaires de tuberculose non ou mal traitées auparavant (après avoir éliminé une tuberculose-maladie active);
- avant un traitement anti-TNF.

Chez les nourrissons de plus de 12 semaines, le traitement de l'ITL est recommandé dans tous les cas. Le traitement de l'ITL de l'adulte est plus discuté car il est rarement possible de dater le début de l'infection chez des exilés originaires de pays de forte endémie.

• **Vaccination par le BCG.** En juillet 2007, l'obligation de vaccination par le BCG en France a été remplacée par une forte recommandation de vaccination des enfants de moins de



15 ans les plus exposés, notamment les enfants résidants en Île-de-France et en Guyane et les enfants nés ou dont au moins l'un des parents est originaire d'un pays de forte endémie tuberculeuse.

• **Dépistage systématique de la tuberculose pulmonaire.**

Le risque de développer une tuberculose-maladie est plus important dans les premières années suivant l'arrivée en France. La radiographie thoracique de face fait partie du bilan de santé indiqué pour tous les migrants récemment arrivés en France (voir guide 2008). Elle est recommandée pour les sujets âgés de plus de 15 ans. Pour les jeunes de moins de 15 ans et de plus de 5 ans, les tests immunologiques IDR et/ou test IGRA sont recommandés pour le dépistage de l'infection tuberculeuse, qu'ils aient été ou non vaccinés par le BCG. La radiographie peut être pratiquée dès l'âge de 11 ans. Le dépistage systématique est recommandé annuellement pendant les 2 premières années de résidence en France.

LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE

• **La lutte contre la tuberculose relève de l'État (art L 3112-2 du CSP, Code de la santé publique),** qui peut passer une

convention avec les départements qui souhaitent conserver des activités dans ce domaine. La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un hôpital ou une structure de type centre de santé. Ils sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, ainsi que la complémentaire CMU et l'AME. Les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) effectuent gratuitement les missions suivantes (art. L 3112-1 et suiv., L 3811-2 du CSP) :

- le dépistage autour d'un cas de tuberculose ;
- le dépistage ciblé dans les groupes à risque ;
- le bilan, le traitement et le suivi médical ;
- la vaccination par le BCG ;
- l'information et l'éducation pour la santé.

• **Ces missions sont souvent assurées au sein de centres préventifs polyvalents, de centres ambulatoires ou de consultations hospitalières dédiés à la tuberculose.**

Les principales recommandations pour la pratique de la lutte antituberculeuse sont regroupées dans les recommandations de prévention et de prise en charge du CSHPF (2003) et les recommandations spécifiques concernant les migrants (2005).



Attention : le dépistage de la tuberculose pulmonaire constitue l'essentiel de la « visite médicale obligatoire » de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (voir OFII et arrêté du 11 janvier 2006, guide 2008).

Visant les seuls étrangers « autorisés à séjourner en France », cette « visite » n'est donc pas effectuée chez les étrangers en séjour précaire (elle est parfois effectuée plusieurs années après l'arrivée en France lorsque l'étranger est admis à un titre de séjour stable). Dispositif de contrôle médical, il ne permet pas de développer des actions de préventions (*art. 100 du Code de déontologie médicale, guide 2008*), et ne peut donc se substituer au bénéfice du bilan de santé à proposer dans les dispositifs de prévention et de soins avec le consentement des personnes (*guide 2008*).

La circulaire DGS du 4 mai 1995 précise les recommandations en matière de dépistage et de prévention : dépistage ciblé, enquête autour d'un cas, vaccination par le BCG.

• **L'évaluation au niveau national de l'activité des centres de lutte antituberculeuse doit être assurée régulièrement par l'État (ministère de la Santé)** via les ARS par le biais du recueil du bilan d'activité des CLAT ou hôpitaux conventionnés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

HAS, *Tuberculose active*, Guide Affection de longue durée, janvier 2007

InVS, *Tuberculose en France : la vigilance reste nécessaire*, BEH n° 24-25 du 12.6.2012, www.invs.sante.fr

Ministère de la Santé, Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (2005) et celles de DGS-groupe de travail « Tuberculose et migrants » (2005), www.sante.gouv.fr, accès par thème, maladie, tuberculose ; www.sante.gouv.fr/2-3-avis-et-rapports-des-groupes-d-experts-relatifs-a-la-lutte-contre-la-tuberculose.html

Société pneumologique de langue française, groupe tuberculose, www.splf.org, philippe.fraisse@chru-strasbourg.fr en particulier pour les coordonnées mises à jour des centres de lutte antituberculeuse, www.toutsurlatuberculose.fr

PARASITOLOGIE

Relativement rares dans les pays industrialisés, les parasitoses sont de moins en moins bien connues par les médecins non spécialistes. Certaines parasitoses peuvent entraîner une gravité potentielle à court terme (paludisme, amébose hépatique...) ou à long terme, notamment pour la strongyloïdose (anguillulose) et les schistosomoses (bilharzioses). Chez les migrants récemment arrivés en France, la fréquence de certaines parasitoses doit être prise en compte dans les actions de dépistage et de bilan de santé. Le cas du paludisme, rare lors d'une première arrivée en France mais fréquent chez les migrants au retour d'un voyage au pays, est développé p. 368.



Voir aussi Bilan de santé, guide 2008.

PRINCIPALES PARASITOSSES RENCONTRÉES

• Parasitoses intestinales :

- les helminthoses intestinales sont souvent asymptomatiques, mais peuvent expliquer en partie les fréquentes douleurs abdominales dont se plaignent les exilés lors des premiers mois de la vie en France. L'**ankylostomose** peut provoquer en cas d'infection chronique une anémie grave par carence en fer. Les autres complications sont exceptionnelles. En raison de la longévité de la strongyloïdose (**anguillulose**, persistance possible pendant des décennies par auto-infestation), le risque ultérieur d'une forme maligne suite à une dépression de l'immunité ou à un traitement par corticoïdes justifie de contrôler l'efficacité du traitement. Les **schistosomoses** (bilharzioses, *voir infra*) peuvent être responsables, notamment pour la forme digestive, de complications à long terme (ponte active des vers de nombreuses années après la dernière infestation);
- L'**amébose** (amibes) est presque toujours asymptomatique (kystes), mais tout porteur doit être traité en raison des risques d'amébose-maladie (amébose intestinale, abcès hépatique);
- La **giardiose** (ou lambliaose), souvent asymptomatique, peut provoquer un syndrome de malabsorption en cas d'infestation massive et chronique.

• **Autres parasitoses à dépister :**

- **la loase** (filariose à *Loa loa*) est assez fréquente, essentiellement chez les personnes originaires d'Afrique centrale forestière, en particulier le Cameroun. Chez ces derniers, si des épisodes cliniques antérieurs sont rapportés (migration du ver adulte se traduisant par un cordon mobile se déplaçant sous la peau), une recherche systématique d'hyperéosinophilie, une sérologie et un frottis sanguin de milieu de journée sont justifiés.

- **la maladie de Chagas** (trypanosomose américaine) concerne les personnes originaires d'Amérique latine (pays du cône Sud et foyers en Amérique centrale), en particulier de Bolivie. Sa gravité potentielle (une myocardite chronique ou la constitution de mega-organes peuvent apparaître après 10 ou 20 ans d'évolution) et son mode de transmission mère-enfant, par transfusion sanguine, ou par transplantation d'organe, justifient de proposer un dépistage à toutes les femmes originaires d'Amérique latine récemment arrivées en France en âge de procréer, et pour tout enfant né au pays. La sérologie doit être systématiquement proposée aux femmes enceintes originaires de ces régions.

• **À connaître :**

- **hydatidose** : le plus souvent hépatique (lésions kystiques du foie), s'observe majoritairement en France chez les migrants originaires d'Afrique du Nord, moins fréquemment du Moyen-Orient ou d'Amérique latine. Le dépistage systématique n'est pas justifié en raison d'une bonne tolérance. Toutefois, toute calcification arciforme découverte fortuitement sur un cliché thoracique ou abdominal doit conduire à une échographie.

- **cysticercose** : cause fréquente d'épilepsie en milieu tropical, fréquence mal connue mais non rare chez les personnes originaires de zones d'endémie (océan Indien, Amérique latine, Asie du Sud-Est principalement). Le dépistage n'est pas indiqué à titre systématique, mais la cysticercose doit être évoquée devant toute comitialité chez un migrant originaire de zone d'endémie.

DÉPISTAGE

• **Pour les parasitoses intestinales**, le bilan systématique doit comporter une recherche d'hyperéosinophilie, un examen parasitologique des selles (EPS) et une sérologie bilharziose pour les ressortissants d'Afrique subsaharienne. La répétition des EPS (3 examens espacés de plusieurs jours sur 8 à 10 jours)



permet d'en améliorer la sensibilité, mais n'est pas justifiée dans une démarche de dépistage.

• **Complété par :**

- un examen parasitologique des urines à la recherche d'une bilharziose urinaire (*voir ci-dessous*) pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne;
- une recherche de loase (microfilarémie sur frottis sanguin de milieu de journée et sérologie filarirose) pour les Camerounais des zones forestières;
- une sérologie trypanosomose pour le dépistage de la maladie de Chagas pour les Latino-Américains, notamment les femmes en âge de procréer et les enfants nés au pays.

• **L'examen parasitologique des selles (EPS)** doit être réalisé par un laboratoire expérimenté, la prescription devant spécifier la recherche des anguillules :

- il retrouve des œufs d'*Ascaris lumbricoides* ; des œufs d'*Ancylostoma duodenale* ou de *Necator americanus* (ankylostomes) ; des larves de *Strongyloides stercoralis* (anguillules) ; des œufs de *Trichuris trichura* (trichocéphales) ; des œufs de *Schistosoma mansoni* ou de *Schistosoma mekongi* et *japonicum* (bilharziose digestive) ; des kystes ou des formes végétatives d'*Entamoeba histolytica* (amibes pathogènes) ; des kystes de *Giardia intestinalis* ; des œufs de *Tænia saginata* ou de *Tænia solium* (« ver solitaire »), d'*Hymenolepis nana* et *Hymenolepis diminuta* ou des formes végétatives de *Dientamoeba fragilis* ;
- la découverte (fréquente) des parasites suivants n'a pas de signification pathologique : *Entamoeba coli*, *Entamoeba hartmanni*, *Entamoeba polecki*, *Endolimax nana*, *Pseudolimax butschlii*, *Blastocystis hominis*, *Trichomonas intestinalis*.

• **L'examen parasitologique des urines (EPU)** est recommandé pour tous les patients d'Afrique subsaharienne. Pratiqué par un laboratoire expérimenté, l'EPU retrouve des œufs de *Schistosoma hæmatobium*.

• **La NFS permet l'orientation diagnostique en l'absence de preuve parasitologique :**

- une hyperéosinophilie (compte de polynucléaires éosinophiles > 500/mm³) signe le plus souvent une helminthose ;
- une anémie microcytaire hypochrome doit évoquer une ankylostomose, même si les autres causes de carence en fer sont beaucoup plus fréquentes (*voir Pathologie courante, Hématologie, guide 2008*).



TRAITEMENT

• Helminthoses :

- l'albendazole (ZENTEL® cp 400 mg x 1, 4€) une prise unique de 1 comprimé, et le flubendazole (FLUVERMAL® cp 100 mg x 6, 3€) 1 comprimé matin et soir pendant 3 jours, peuvent être utilisés indifféremment pour traiter la plupart des helminthes : **ascaris, ankylostomes, trichocéphales, et oxyures**;

- l'ivermectine (STROMECTOL® 1cp 3 mg) est le traitement de référence de l'**anguillulose** : 4 cp en une prise unique. Il est souhaitable de contrôler le traitement de l'anguillulose après 6 mois par EPS et NFS;

- **tænioses** : deux molécules sont très actives, praziquantel (BILTRICIDE®), plus simple à utiliser mais hors autorisation de mise sur le marché dans cette indication; et niclosamide (TRÉDÉMINÉ®) d'usage plus contraignant (*repas léger la veille du traitement, puis le matin, à jeûn, mâcher 2 cp de 500 mg, les avaler avec un peu d'eau, puis reprendre 2 cp une heure après selon les mêmes modalités; attendre 3 heures avant le prochain repas*). Pour *Tænia sp.* : niclosamide, 2 g en 2 prises, ou praziquantel, 10 mg/kg en une prise unique. Pour *Hymenolepis sp.* : niclosamide, 2 g en 2 prises le 1^{er} jour, puis 1 g pendant 6 jours ou praziquantel, 15 à 25 mg/kg en une prise.

• **Amœbose** : le traitement doit associer un amœbicide tissulaire, le métronidazole (FLAGYL®, cp 500 mg, 14 cp, 5,11€), 1 cp x 3/j. pendant 7 jours (ou le tinidazole, FASIGYNE®, cp 500 mg x 4, 4€ : 3 cp/j. en 1 seule prise pendant 5 jours) et un amœbicide de contact, le tiliquinol-tilbroquinol (INTÉTRIX® 40 gel, 6€), 2 gel x 2/j. pendant 10 jours. Attention à l'effet antabuse du métronidazole lors de la prise d'alcool.

• **Giardiose** : métronidazole 250 mg, 1 cp x 3/j. pendant 5 jours, tinidazole 500 mg, 4 cp en 1 prise, ou albendazole 400 mg, 1cp/j. pendant 5 jours. Il est recommandé de renouveler le traitement après 15 jours afin d'éviter les échecs.

• **Loase** : ivermectine (STROMECTOL® 3 mg x 4, 20€), 4 cp en une prise (attention au risque d'effets secondaires, rares mais graves – encéphalopathie – en cas de forte charge microfilarienne, se référer au médecin spécialiste).

• **Dientamœba fragilis** : métronidazole, 20 mg/kg/j. pendant 7 jours.

Tout signe clinique ou biologique évocateur d'une parasitose doit conduire à un bilan parasitologique et/ou à un avis spécialisé.



Devant une hyperéosinophilie isolée (EPS- et EPU-),

en l'absence de causes non parasitaires d'hyperéosinophilie (*allergie, hémopathies malignes et néoplasies, maladies auto-immunes et maladie inflammatoires chroniques intestinales*), il faut rechercher une helminthose. Deux attitudes sont possibles :

- rechercher un parasite par EPS (et EPU pour les patients d'Afrique subsaharienne) pendant 3 jours ; si les examens sont négatifs, proposer un traitement d'épreuve (*voir infra*) et contrôler l'éosinophilie 1 mois après. Si persistance de l'hyperéosinophilie : sérologies (filarioses, schistosomoses, distomatose, trichinellose, cysticerose, hydatidose) ± microfilarémie si suspicion de loase ou de filariose lymphatique ± biopsie cutanée exsangue si suspicion d'onchocercose (filariose présente en zone intertropicale avec risque de cécité) ;
- proposer un traitement d'emblée chez tous les primo-arrivants par albendazole (400 mg, prise unique), et ivermectine (3 mg, 4 cp en une prise), complété par une cure de praziquantel (40 mg/kg après un repas) pour les patients d'Afrique subsaharienne.

SCHISTOSOMOS (OU BILHARZIOSES)

• **Les schistosomoses sont des infections parasitaires répandues qui touchent 200 millions de personnes dans le monde, en majorité en Afrique subsaharienne.** Liées aux contacts cutanés répétés avec l'eau douce, ce sont des infections d'évolution chronique.

• **Il existe deux formes cliniques très différentes :**

- **une forme urogénitale** liée à *Schistosoma hæmatobium* en Afrique, qui se manifeste lorsqu'elle est symptomatique par une hématurie et des complications chroniques : dysurie, infections urinaires pouvant évoluer vers une insuffisance rénale ;
- **une forme digestive hépatosplénique** (*S. mansoni* en Afrique et Amérique du Sud/Caraïbes et *S. japonicum* ou *S. mekongi* en Asie) responsable d'une morbi-mortalité importante, qui peut se manifester par des signes d'hypertension portale liée à une cirrhose.

• **Les maladies qu'elles induisent restent silencieuses pendant une longue période.** Le dépistage systématique pour toute personne originaire de zone d'endémie est primordial.



Dans l'attente d'un test de dépistage de qualité, on peut proposer selon l'origine géographique la combinaison d'un EPS et/ou EPU, d'une recherche d'éosinophiles et de la sérologie.

• **Il est recommandé de réaliser un bilan d'extension par échographie** (urinaire ou hépato-splénique).

• **Traitement** des schistosomoses à *S. hæmatobium* et *S. mansoni* : praziquantel (BILTRICIDE® 6 cp 600 mg, 27 €), 2 cures à 1 mois d'intervalle à la dose unique de 40 mg/kg après un repas (60 mg/kg pour les schistosomoses asiatiques). Le traitement doit être contrôlé à 2 mois, 6 mois et 1 an

PALUDISME (MALARIA)

• **Le paludisme grave est responsable au niveau mondial d'une mortalité élevée, en particulier chez l'enfant.** Il est cependant moins fréquent chez les migrants récemment arrivés en France en raison d'une « immunité » protectrice par exposition répétée au parasite. Après un an ou deux sans exposition, cette prémunition disparaît, exposant les migrants voyageant en zone d'endémie aux mêmes risques que les autres voyageurs (pour les principes de prévention, voir *Voyage au pays et conseils médicaux*, p. 255).

• **Les parasites (Plasmodium) sont transmis par un moustique (anophèle femelle).** *Plasmodium falciparum* est l'espèce la plus fréquente et responsable de la plupart des accès graves. La majorité des accès palustre à *Plasmodium falciparum* surviennent dans les 2 mois après l'exposition, certains dans les 6 mois. On connaît actuellement 4 autres espèces : *vivax*, *ovale*, *malariae* et, récemment découvert en Asie du Sud-Est, *plasmodium knowlesi* (diagnostic difficile et formes graves possibles). En 2010 et 2011, les trois quarts des cas de paludisme d'importation en France ont été diagnostiqués chez des personnes d'origine africaine.

• **Toute fièvre dans les mois suivant le retour d'une zone d'endémie doit être considérée comme un paludisme jusqu'à preuve du contraire.** La clinique de l'accès palustre simple se traduit par une fièvre associée ou non à des signes non spécifiques (céphalée, asthénie, frissons, troubles digestifs...). Les formes graves de paludisme peuvent survenir d'emblée ou après un accès simple. Elles sont définies par la présence de signes cliniques (défaillance neurologique, respiratoire



ou cardio-vasculaire, hémorragie, ictère, hémoglobininurie macroscopique) et/ou biologiques (anémie profonde, hypoglycémie, hyperparasitémie, insuffisance rénale).

• **L'examen complémentaire de référence est le frottis sanguin (identification de l'espèce) associé à une goutte épaisse (sensibilité élevée).** Le recours au test immunochromatographique antigénique rapide est possible en plus du frottis-goutte épaisse et permet un résultat en quelques minutes. Ces examens doivent être répétés s'ils sont négatifs en cas de forte suspicion.

Principes de traitement du paludisme

SPILF, Prise en charge et prévention du paludisme d'importation à Plasmodium Falciparum : recommandations pour la pratique clinique, 2007,
www.infectiologie.com/site/consensus_recos.php#palu
 Site de référence : www.cnrpalu-france.org

• Forme non compliquée à *Plasmodium falciparum*

Prise en charge ambulatoire envisageable chez l'adulte si les critères de sécurité sont respectés, hospitalisation dans le cas contraire. Hospitalisation recommandée la plupart du temps chez le jeune enfant (prise en charge ambulatoire compromise par la fréquence des troubles digestifs, évaluation nécessaire de la capacité de l'entourage à la gestion de l'accès palustre). Surveillance clinique + frottis-goutte épaisse à J3 (parasitémie inférieure à 25 % de la parasitémie initiale), J7 et J28 (parasitémie négative).

Médicaments de première ligne disponibles :

(écraser les cp avant 6 ans) :

- atovaquone-proguanil : cp adulte à 250 mg/100 mg (1 boîte de 12 cp de MALARONE® adulte : environ 45 €, NR), cp enfant à 62,5 mg/25 mg (1 boîte de 12 cp de MALARONE® enfant : environ 15 €, NR). Traitement de 3 jours, prise unique quotidienne.
 5-9 kg : 2 cp enfant/j.; 9-11 kg : 3 cp enfant/j.; 11-21 kg : 1 cp adulte/j.; 21-31 kg : 2 cp adulte/j.; 31-40 kg : 3 cp adulte/j.; 40 kg et + : 4 cp adulte/j. Au cours d'un repas gras ou collation lactée. Redonner la prise orale si vomissement dans l'heure ;
 - arthéméter-luméfantrine : cp à 120 mg/20 mg (RIAMET®, COARTEM®). 6 prises orales à 0 h, 8-12 h, 24 h, 36 h, 48 h, 60 h.
 5-15 kg : 1 cp/prise ; 15-25 kg : 2 cp/prise ; 25-35 kg : 3 cp/prise, 35 kg et + : 4 cp/prise. Redonner la prise orale si vomissements dans l'heure. Non recommandé si grossesse (1^{er} trimestre) et allaitement.



- dihydroartémisine-pipéraquine cp à 160/20 mg et 320/40 mg (EURARTESIM®). Traitement de 3 jours, prise unique quotidienne à heure fixe. 5-7 kg : ½ cp 160/20 mg, 7-13 kg : 1 cp 160/20 mg, 13-24 kg : 1 cp 320/40 mg, 24-36 kg : 2 cp 320/40 mg, 36-75 kg : 3 cp 320/40 mg, 75-100 kg : 4 cp 320/40 mg. Redonner la prise si vomissements dans les 30 mn; redonner une demi-dose si vomissements dans les 30 à 60 mn. Ne pas renouveler la prise plus de 2 fois. Pas plus de 2 cures sur douze mois et au moins 2 mois entre 2 cures. Prudence chez les insuffisants hépatiques et rénaux et sujet âgés de + de 65 ans. À prendre au moins 3 h après le dernier repas et ne pas s'alimenter avant 3 heures;

- la méfloquine (LARIAM®) peut être un traitement de première ligne chez l'enfant en respectant les précautions d'emploi. Il s'agit d'un traitement de seconde ligne chez l'adulte, en raison de ses contre-indications et des risques de mauvaise tolérance.

La quinine orale (QUINIMAX®) ne doit être utilisée qu'en seconde ligne en raison de la nécessité d'une compliance parfaite (traitement long). La quinine intraveineuse (IV) peut être utilisée en cas de vomissements incoercibles, elle est également indiquée chez le nouveau-né symptomatique.

L'halfantrine (HALFAN®) est un traitement de seconde ligne chez l'enfant (galénique adaptée) et de troisième ligne chez l'adulte en raison de sa possible toxicité cardiaque.

- **Forme grave à *Plasmodium falciparum***

Il s'agit d'une urgence où le pronostic vital peut rapidement être engagé. Son traitement ne se conçoit qu'en unité de réanimation. En France, le traitement classique par la quinine IV tend à être supplanté par l'artésunate IV, d'action rapide et d'efficacité supérieure à celle de la quinine (⅓ de mortalité en moins) avec une meilleure tolérance. Après plusieurs études allant dans ce sens en Asie et en Afrique, ce traitement commence à être évalué et utilisé en France sous forme d'une ATU à validation rétrospective.

- **Accès palustre à *Plasmodium ovale*, *malariae* ou *vivax***

L'infection doit être certaine et exclusive. Le traitement est la plupart du temps ambulatoire : chloroquine (NIVAQUINE®, 1 cuillère mesure = 5 ml = 25 mg, 1 flacon 150 ml 3,82 €, R 65 %, ou cp à 100 mg, sécable en deux, 20 cp à 100 mg 2,54 €, R 65 %). Enfants et poids inférieur à 60 kg : 10 mg/kg à 0 h, 5 mg/kg à 6 h, 24 h, 48 h (soit 25 mg/kg en 3 jours). Poids supérieur à 60 kg : 600 mg (soit 6 cp) à 0 h, puis 300 mg (soit 3 cp) à 6 h, 24 h, 48 h.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Anofel, Association française des enseignants de parasitologie et mycologie : *Cours en ligne*, DCEM, <http://umvf.univ-nantes.fr/parasitologie/>.

Bouchaud O., *Médecine des voyages, médecine tropicale*, Masson, 2010.

Comede, *Prévenir et dépister les parasitoses chez les migrants*, Maux d'exil n° 33, juin 2011.

OMS, *Schistosomiase et géohelminthes : prévention et lutte*. OMS, Série de rapports techniques, 912, Genève, 2004.

Van der Werf MJ, De Vlas SJ et al., *Quantification of clinical Morbidity Associated with Schistosome Infection in Sub-Saharan Africa*, *Acta Trop.*, 2003, vol. 86, Issues 2-3, p. 125-139.



Pour éviter les reviviscences de *Plasmodium ovale* et *vivax*, ce traitement peut être suivi par un traitement par primaquine (30 mg/j. pdt 14 jours chez l'adulte et 0,5 mg/kg/j. chez l'enfant sans dépasser 30 mg/j.) après avoir vérifié l'absence de déficit en G6PD (risque d'hémolyse grave) et de grossesse (innocuité non établie, bénéfice-risque à évaluer par le prescripteur)

- Accès palustre à *Plasmodium knowlesi*

Les formes simples peuvent être traitées par chloroquine ou éventuellement par les antipaludiques utilisés dans l'accès simple à *Plasmodium falciparum*. Les formes graves doivent être traitées comme celles à *Plasmodium falciparum*.

LES ACTIVITÉS DU COMEDE SONT SOUTENUES PAR DES DONATEURS INDIVIDUELS, ET PAR :



La Direction générale de la santé
La Direction régionale d'Île-de-France
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale
La Délégation régionale
d'Île-de-France aux droits
des femmes et à l'égalité



Le Service de l'asile



Le Fonds pour le développement
de la vie associative



L'Agence nationale
pour la cohésion sociale
et l'égalité des chances



L'Institut national de prévention
et d'éducation pour la santé



Le Fonds européen pour les réfugiés
Le Fonds européen d'intégration



Les Agences régionales de santé
d'Île-de-France, de Guyane
et de Provence-Alpes Côte d'Azur



La Caisse régionale d'assurance
maladie d'Île-de-France



La Direction de l'action sociale,
de l'enfance et de la santé
de la Ville de Paris



Sidaction
Ensemble contre le Sida



Le Fonds Inkermann
et la Fondation Leem, sous l'égide
de la Fondation de France



L'association Aides



L'association
Médecins sans frontières



L'Assistance publique
des hôpitaux de Paris



Le Centre hospitalo-universitaire
de Bicêtre

Le Fonds de contributions
volontaires des Nations-Unies
pour les victimes de la torture

LE COMEDE

contact@comede.org - www.comede.org - Centre-ressources : 01 45 21 39 32
Hôpital de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc - BP 31 - 94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex