ÉDITION 2015

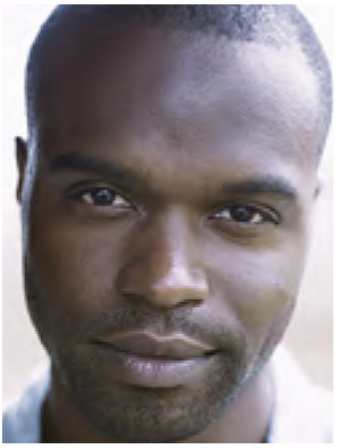







Migrants/étrangers en situation précaire

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT


GUIDE PRATIQUE POUR LES PROFESSIONNELS

COMITÉ POUR LA SANTÉ DES EXILÉS
comede
www.comede.org

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 exilées. 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 quatre parties — repères, droits et soutien, accès aux soins, soins et prévention – dont les informations théoriques et pratiques sont complémentaires. Après les éditions 2003, 2005 et 2008, l'édition 2015 a été précédée d'une première mise à jour partielle en version informatique (édition 2013).

Des contraintes budgétaires et calendaires nous ont conduits à supprimer ou abréger certaines parties initialement prévues dans cette édition. Certaines d'entre elles restent consultables (en ligne sur les sites Internet du Comede et de l'Inpes) dans leur précédente version dans l'édition 2008 (cartes et indicateurs sur les pays d'origine, associations de soutien, saturnisme, fac-similés des documents rencontrés). Leur mise à jour, ainsi que l'approfondissement d'autres aspects (réforme du droit d'asile et du droit au séjour pour raison médicale, droit à l'hébergement d'urgence, protection sociale des travailleurs saisonniers, cancer, handicap…) sera effectuée dans les prochaines éditions. Ces informations sont également accessibles en sollicitant les permanences téléphoniques du Comede *(voir page 3)*.

Les informations contenues dans ce guide sont susceptibles de mises à jour régulières (législation, réglementation, épidémiologie, thérapeutique, renseignements pratiques…). 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 19 chapitres et 70 articles de cette édition 2015 sont dus à des contributions de :
Isabelle **Alix**, Anne Marie **Chémali**, Karine **Crochet**, Benjamin **Demagny**, Françoise **Fleury**, Yasmine **Flitti**, Bénédicte **Gaudillière**, Olivier **Lefebvre**, Didier M**aille**, Bénédicte **Maraval**, Aude **Nguyen**, Céline **Pellegrin**, Marie P**etruzzi**, Stéphanie **Puéchavy**, Pascal **Revault**, Julien **Sallé**, Elise V**allois**, Arnaud **Veïsse**, Khalda **Vescovacci** et Laure **Wolmark**. La coordination rédactionnelle a été assurée par Arnaud Veïsse. Les auteur(e)s remercient les partenaires du Comede, institutionnels (notamment au sein de la DGS et de l'INPES), associatifs (en particulier de l'Anafé, de la Cimade et du Gisti) et professionnels pour leurs relectures expertes.

• L'équipe opérationnelle du Comede début 2015 :
– **Direction, Administration et Accueil :** Arnaud Veïsse *(directeur général, médecin)*, Pascal Revault *(directeur opérationnel, médecin)*, Yasmine Flitti *(directrice administrative et financière)*, Céline Pellegrin *(chargée de financements)*, Catherine Jollet *(responsable financière et administrative)*, Claire Katembwe *(assistante de direction)*, Laure Barbizet *(bénévole, projet artistique)*, Anne Marie Chémali *(bénévole, technicienne d'accueil)*, Assane Aw *(technicien d'accueil et d'administration)*, Guy de Gontaut *(technicien d'accueil)*, Valérie Tartier *(technicienne d'accueil et d'administration)*, Audrey Tieby *(bénévole, technicienne d'accueil)*.
– **Service Infirmier, Santé publique, Pharmacie et Entretien :** Rose Adu *(personnel d'entretien)*, Guy Delbecchi *(cadre infirmier)*, Perrine Dommange *(bénévole, infirmière),* Marie Madeleine Gutle *(bénévole, pharmacienne)*, Monili Lumoni *(personnel d'entretien)*, Cécile Ménard *(infirmière)*, Khalda Vescovacci *(médecin de santé publique)*.
– **Ostéopathes bénévoles :** Chemsy Anniba, Marie Eckert, Milena Ginzburg, Olivier Isle de Beauchaine, Lucile Issenhuth, Sarah Jaubert, Julien Keller, Sophie Le Queré, Pierre Nevers.
– **Service Médical :** Isabelle Alix *(médecin référente)*, Pascal Chevit *(bénévole)*, Barbara Pellegri Guegnault *(médecin consultante)*, Liliane Leconte *(bénévole)*, Olivier Lefebvre *(médecin référent)*, Marie Petruzzi *(médecin référente)*, Stéphanie Puechavy *(médecin référente)*, Julien Sallé *(médecin référent)*.
– **Service Psychothérapie et Santé mentale :** Laure Wolmark *(responsable du service, psychologue)*, Marie Cossart *(psychologue consultante)*, Aude Nguyen *(psychologue référente)*.
– **Service Social et Juridique :** Didier Maille *(responsable du service, référent Espace santé droit)*, Benjamin Demagny *(responsable adjoint du service, référent PACA)*, Karine Crochet *(assistante sociale référente)*, Bénédicte Maraval *(assistante sociale référente)*, Patrick Mony *(juriste)*, Elise Rathat *(bénévole, écrivain public)*, Elise Vallois *(juriste)* et les collègues bénévoles de l'**Espace santé droit** : Marie Ange d'Adler, Philippe Biju Duval, Sixte Blanchy, François David, Geneviève Domenach Chich, Geneviève Jacques, Antoinette Szejnman, Jean Michel Tissier.

LE CENTRE-RESSOURCES DU COMEDE

www.comede.org – ☎ 01 45 21 39 32

• GUIDE COMEDE 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.

• CENTRE DE FORMATION ☎ 01 45 21 39 32

Animées par les professionnels, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers (incluant la protection maladie et le droit au séjour pour raison médicale). *Outre les stages nationaux proposés par le Comede, les formations sont organisées sur site à la demande des organismes commanditaires suivant un programme à la carte élaboré en fonction des besoins des stagiaires.*

Permanences téléphoniques nationales

• **Permanence téléphonique Socio-Juridique : 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 vendredi, 14 h 30 17 h 30 Soutien et expertise relatifs aux soins médicaux, à la prévention, aux bilans de santé, et aux aspects médico juridiques pour le droit des étrangers.

• **Permanence téléphonique Santé Mentale : 01 45 21 39 31,** mardi et jeudi, 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 SANTÉ À BICÊTRE (94)

Consultations médicales, infirmières, psychothérapeutiques et socio juridiques avec interprète, du lundi au vendredi. Prise de rendez vous à partir de 13 h 30, tél : 01 45 21 38 40.

• ESPACE SANTÉ DROIT AVEC LA CIMADE EN SEINE-SAINT-DENIS (93)

Consultations socio juridiques et évaluation médico juridique sur rendez vous, et permanence téléphonique : 01 43 52 69 55.

SOMMAIRE

REPÈRES

8. EXIL ET SANTÉ
16. INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL
20. ACCÈS AUX SOINS DANS LE PAYS D'ORIGINE

DROITS ET SOUTIEN

26. ASILE ET IMMIGRATION
31. DROIT D'ASILE
39. DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

39. Principes de protection et textes applicables
43. Évaluation préalable de la demande
50. Dépôt et instruction de la demande
60. Défaut de passeport
64. Demande d'asile et affection grave
68. Le coût des démarches préfectorales
72. Décisions administratives et recours
80. Membres de famille et accompagnateurs
86. Voyager hors de France
89. Accès à la carte de résident de 10 ans

94 ÉLOIGNEMENT ET ENFERMEMENT DES ÉTRANGERS

94. Protection contre les mesures d'éloignement
103. Assignation à résidence pour raison médicale
107. Prison
113. Rétention administrative
121. Zone d'attente

125. SOUTIEN SOCIAL ET JURIDIQUE

125. Principes d'accompagnement
129. Aide juridictionnelle
135. Domiciliation

140. PROTECTION SOCIALE SELON LE STATUT

140. Demandeurs d'asile
146. Étrangers malades
152. Migrants âgés et retraités
158. Mineurs isolés étrangers
162. Citoyens de l'UE et membres de leur famille

ACCÈS AUX SOINS

170. ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS

170. Conditions de l'accès aux soins
175. Permanences d'accès aux soins de santé
179. Dispositif des soins urgents et vitaux
187. Venir se soigner en France

194. LES DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE

194. Organisation générale du système français
202. Panorama et notions clés de l'accès aux droits
211. Assurance maladie
229. Complémentaire-CMU et ACS
241. Aide médicale État

263. PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT

263. Ayants droit et membres de famille
270. Bénéficiaires de droits dans un autre État
276. Demandeurs d'asile
281. Migrants âgés et retraités
289. Enfants mineurs

SOINS ET PRÉVENTION

300. PROTECTION DE LA SANTÉ ET CERTIFICATION MÉDICALE

300. Principes juridiques et déontologiques
308. Certification médicale et demande d'asile
312. Rapport médical pour le droit au séjour

325. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

325. Bilan de santé
331. Santé et sexualité
337. Périnatalité
345. Éducation thérapeutique du patient
350. Nutrition
355. Vaccination
358. Voyage au pays et conseils médicaux

368. VIOLENCE ET SANTÉ

368. Torture et traitements cruels, inhumains ou dégradants
380. Violences liées au genre

389. SANTÉ MENTALE ET TROUBLES PSYCHIQUES

389. Contexte et repères
397. Syndromes psychotraumatiques et dépression
408. Migrants âgés
414. Enfants et adolescents

420. INFECTION À VIH ET IST

420. Prévention et dépistage
431. Soins et accompagnement
447. Autres infections sexuellement transmissibles

451. INFECTIONS ET HÉPATITES VIRALES CHRONIQUES

451. Infection à VHB
460. Infection à VHC

468. AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

468. Pathologie courante
475. Asthme
482. Diabète
491. Drépanocytose
499. HTA et maladies cardiovasculaires
509. Tuberculose
519. Parasitoses

INDEX

528. INDEX

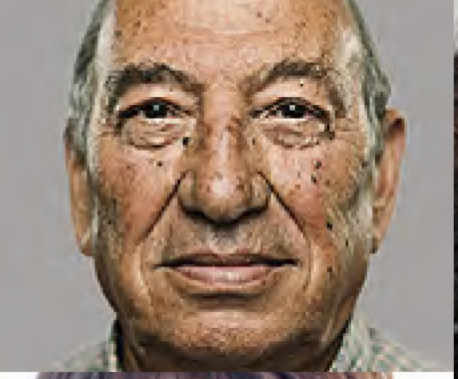
GLOSSAIRE

SIGLES

ACS	Aide à la complémentaire santé
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
ASI	Allocation supplémentaire d'invalidité
Aspa	Allocation de solidarité aux personnes âgées
ASS	Allocation de solidarité spécifique
ATA	Allocation temporaire d'attente
AT-MP	Accident du travail et maladies professionnelles
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'allocations familiales
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
CIDDIST	Centres d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
Clat	Centre de lutte anti-tuberculeuse
COM	Collectivités d'outre-mer et Nouvelle Calédonie par assimilation
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
DAJ	Demande d'aide juridictionnelle
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
DSUV	Dispositif des soins urgents et vitaux
DT ARS	Délégation territoriale de l'Agence régionale de santé
EEE	Espace économique européen
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
LFSS	Loi de finances de la Sécurité sociale
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
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
RSA	Revenu de solidarité active
SPH	Service public hospitalier
TA	Tribunal administratif
TGI	Tribunal de grande instance
UE	Union européenne

SYMBOLES

	Téléphone
	Fax
	Courriel
NR	Non remboursé par la Sécurité sociale
PM	Permanence
R 65 %	Remboursé par la Sécurité sociale
RV	Rendez-vous







REPÈRES

« Les exilés, réfugiés et étrangers en séjour précaire, constituent des populations particulièrement vulnérables sur le plan de la santé. »

EXIL ET SANTÉ

En raison des événements qui l'ont provoquée dans le pays d'origine (violences, conflits, ruptures multiples) et des conditions de vie dans le pays d'accueil (complexité du parcours d'insertion, précarisation du statut administratif, discriminations dans l'accès aux droits), l'expérience de l'exil affecte profondément la santé. L'état de santé des exilé(e)s est ainsi associé à de multiples facteurs de vulnérabilité – sur les plans psychologique, social, juridique et médical – dont le cumul fait la spécificité, et dont les effets conduisent à identifier des situations et des populations prioritaires pour les actions de santé publique. Les actions de santé à destination des migrants/étrangers doivent ainsi tenir compte des données d'épidémiologie médico-sociale disponibles, mais aussi et en premier lieu de la diversité des personnes et de la singularité des parcours de vie.

Voir aussi Interprétariat, p. 16
et Accès aux soins dans le pays d'origine p. 20

POPULATIONS ET DÉFINITIONS

• **Migrants, immigrés ou étrangers, demandeurs d'asile et réfugiés, déboutés et sans-papiers, ou encore « clandestins »,** l'usage parfois indifférencié de ces termes témoigne d'une certaine confusion dans notre société sur le statut des personnes concernées. Ce phénomène résulte en partie de la fragmentation du statut administratif des étrangers, avec la multiplication de situations d'attente qui durent souvent plusieurs années avant l'obtention d'une carte de résident (26 % des étrangers hors UE recensés par le ministère de l'Intérieur n'en disposaient pas fin 2010). Mais il révèle souvent en premier lieu des différences de cultures professionnelles et politiques des acteurs, c'est pourquoi la définition des situations prioritaires (« populations cibles ») des actions de santé doit identifier et associer les domaines d'intervention santé mentale, accès aux droits, recherche, intervention médico sociale… et s'adapter aux langages qui y sont pratiqués.

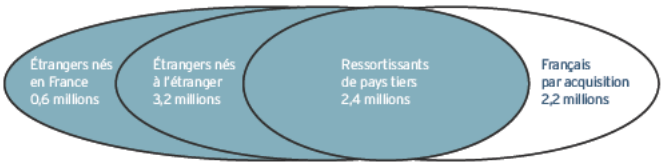
Définitions

- **Demandeur d'asile :** personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la convention de Genève de 1951.
- **Étranger :** personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les acteurs juridiques. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.
- **Exilé :** terme évoquant le caractère contraint de la situation de migration, et notamment ses aspects psychologiques.
- **Immigré :** personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition du Haut Conseil à l'intégration utilisés pour le recensement démographique (Insee). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.
- **Migrant :** au sens de *migrant international*, personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France. Les migrants nés hors de France sont des immigrants, qu'ils soient français de naissance ou immigrés.
- **Réfugié** ou **« protégé subsidiaire » :** au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordé(e) par l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) ou la CNDA (Cour nationale du droit d'asile).
- **Ressortissants de pays tiers :** hors Union européenne, Espace économique européen et Suisse.
- **Sans-papiers ou clandestin :** étranger en séjour irrégulier. Ces termes sont destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans papiers ») de la présence de la personne.

• La France compte 5,3 millions d'immigrés (dont 41 % de Français) et 3,8 millions d'étrangers ***(Insee 2012 sur recensement 2008-2009).*** Plus d'un tiers des étrangers sont originaires d'Europe de l'Ouest (UE 28, Islande, Liechtenstein, Norvège et Suisse). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité sociale et administrative, les ressortissants de pays tiers étaient 2,4 millions en 2009, dont 49 % de femmes, 22 % d'enfants mineurs et 13 % de personnes âgées de plus de 60 ans. Ces personnes sont principalement originaires d'Afrique du Nord (44 %), d'Europe de l'Est (15 %), d'Afrique de l'Ouest

(10 %), d'Asie de l'Est (7 %) et d'Afrique centrale (7 %), alors que certaines autres régions sont plus souvent retrouvées parmi les réfugiés (Asie du Sud, 15 %, fin 2011), les demandeurs d'asile (Afrique de l'Est, 5 %), ou les migrants dans les départements d'Outre mer (Caraïbes, 67 % en Guyane).

Populations d'étrangers et immigrés résidant en France
Sources Insee



• **Certains groupes démographiques constituent des publics prioritaires pour les actions de santé et d'insertion,** en raison de la fréquence des situations de vulnérabilité qu'ils rencontrent. Ces « publics vulnérables » se recoupent largement :

femmes : 1,2 million ressortissantes de pays tiers, 42 % des réfugié(e)s, 39 % des demandeurs(euses) d'asile, 38 % des migrant(e)s âgé(e)s (47 % hors Afrique du Nord) ;

migrants âgés de plus de 60 ans : 320 000 ressortissants de pays tiers, principalement originaires d'Afrique du Nord (72 %), d'Europe de l'Est (10 %), d'Afrique de l'Ouest (4 %) et d'Asie de l'Est (4 %) ;

demandeurs d'asile et réfugiés : fin 2012, 176 984 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (93 % en tant que réfugiés), qui enregistrait également 61 468 demandes d'asile ;

mineurs isolés et mineurs accompagnants : le ministère de la Justice estimait à 9 000 le nombre de mineurs isolés étrangers en 2011, alors que l'Ofpra comptait 13 000 mineurs « accompagnant » leur(s) parent(s) demandeur(s) d'asile, 1 000 mineurs « rejoignant » leur(s) parent(s) réfugié(s), ainsi que 3 000 mineures protégées contre le risque de mutilation sexuelle ;

étrangers malades et autres étrangers en séjour précaire : fin 2010, 33 000 personnes détenaient un titre de séjour « vie privée et familiale » délivré pour raison médicale (18 % en première délivrance et 82 % en renouvellement) parmi les 618 000 ressortissants de pays tiers titulaires d'un titre de séjour précaire. Fin 2012, le ministère de l'Intérieur estimait en outre à 350 000 le nombre d'étrangers résidant en France sans droit au séjour.

EXPÉRIENCE ET TRAUMATISME DE L'EXIL

• L'histoire des exilés est jalonnée de conflits et de ruptures multiples, résultant souvent d'une double violence, politique et économique. L'expérience de l'exil entraîne une diminution des défenses psychologiques, une souffrance sur laquelle d'autres souffrances viendront se révéler ou s'amplifier. Pour les demandeurs d'asile ayant fui la menace ou la récidive des persécutions, il s'agit souvent d'un départ sans adieux, la rupture et la perte ouvrant ainsi l'expérience exilée vers un deuil d'autant plus difficile qu'il doit se faire à l'étranger et parmi les étrangers. Lorsqu'elle est accordée pour les réfugiés, la protection peut exacerber des sentiments de honte et de déshonneur : en sollicitant l'asile, l'exilé consomme ainsi la rupture avec sa patrie.

• Un deuil multiple. L'objet perdu est famille, relations, paysage, nation... Au delà, il est un ensemble d'idéaux, de convictions et d'activités qui définissent une façon d'être au monde et avec les autres. Il est à la fois mort et vivant : on le sait vivant dans un autre monde, interdit et distant. La perte de l'environnement familier peut représenter la perte du monde maternel et de sa trame sensuelle et sensitive, un monde peuplé d'objets qu'on aimait sans bien comprendre pourquoi, et qu'on ne reverra jamais : son enfance. Pour certain(e)s, ce deuil multiple est aggravé par la disparition au sens littéral des proches. Les semaines, les mois, les années passent sans nouvelles, faisant du disparu un mort vivant toujours présent.

• Perte d'identité et culpabilité. L'exil est une perte de l'identité familiale, sociale, professionnelle et des repères culturels et affectifs. Il peut être très difficile d'assumer une autre identité que celle d'exilé, lorsque le temps présent est vécu comme une parenthèse entre le passé mythifié et le futur représenté par l'illusion du retour. La culpabilité et le châtiment de soi sont un risque permanent. L'allégresse d'être vivant peut se transformer en culpabilité d'avoir sauvé sa vie, d'avoir abandonné des proches restés au pays, parfois tués sous ses yeux. Pour ceux qui ont conduit leurs enfants sur « cette terre étrangère », la culpabilité est en outre alimentée par la dévalorisation sociale et l'impossibilité d'offrir un modèle d'identification fiable et solide, ce qui pourra entraîner à son tour des troubles d'identité chez les enfants.

• Si l'exil politique en est la forme la plus violente, toute migration peut être vécue comme une rupture, source de déséquilibres de tous ordres. L'intensité du traumatisme qui en résulte dépendra des antécédents de la personne ainsi que des causes et des conditions de la migration. Par certains aspects, une émigration économique imposée par des conditions d'extrême pauvreté, décidée par la famille ou le groupe, peut conduire à des troubles psychologiques comparables à ceux des demandeurs d'asile. En outre, le retour au pays de ces travailleurs migrants est d'autant plus difficile à envisager que, dans un contexte de crise économique, les revenus ne sont pas à la hauteur des attentes et des besoins des proches restés au pays. Enfin, les étrangers atteints d'une maladie grave dont le traitement est inaccessible au pays d'origine *(voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 39)* se trouvent dans une situation d'exil thérapeutique, le retour au pays signifiant la mort à court ou à moyen terme.

VULNÉRABILITÉ ET ÉTAT DE SANTÉ, ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS

• Les effets conjugués des restrictions budgétaires et des politiques de « contrôle » de l'asile et de l'immigration conduisent à une grande précarisation sociale des exilé(e)s. Les conditions d'hébergement sont très précaires (87 % des 4 000 bénéficiaires des permanences téléphoniques du Comede en 2013 n'avaient pas de chez soi), et, des femmes enceintes aux mineurs en passant par les malades et les handicapés, la crise du dispositif d'hébergement d'urgence n'épargne personne. Des exilés de plus en plus nombreux cumulent des situations de précarité sur le plan des ressources financières, du statut du séjour, des droits sociaux, renforcées par un grand isolement social et affectif. Ces situations sont aggravées chez les personnes non encore francophones (42 % des consultants du Comede en 2013 ne pouvaient communiquer en français ou en anglais, *voir Interprétariat professionnel, p. 16).*

• En 2013, 68 % des patients du Comede déclaraient des antécédents de violence, 17 % des antécédents de torture, et 14 % des violences liées au genre et à l'orientation sexuelle *(voir Violence et santé, p. 368).* La présence des syndromes psychotraumatiques graves est étroitement corrélée à la fréquence et la forme des antécédents de violence dans le pays d'origine et tout au long du parcours d'exil. La fréquence

des antécédents de violence est plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale, en particulier concernant la précarité du quotidien et de l'hébergement, l'isolement social et plus encore l'isolement relationnel.

• Dans l'observation épidémiologique du Comede, les psychotraumatismes représentent un tiers des maladies graves, les maladies infectieuses un quart. Par ordre de fréquence, on dépiste en premier lieu des syndromes psychotraumatiques, infections chroniques par le VHB, maladies cardio vasculaires, diabète, infections chroniques par le VHC, asthmes persistants, infections par le VIH, handicaps, cancers et tuberculoses *(voir Bilan de santé, p. 325).* Parmi les personnes suivies en psychothérapie, 26 % ont présenté des idées suicidaires (29 % parmi les personnes en situation de détresse sociale) et 6 % avaient tenté de se suicider au cours de leur vie.

• Les migrants/étrangers sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux soins, principalement des restrictions légales et administratives pour l'accès à la protection maladie, des difficultés de communication linguistiques et des discriminations au sein des dispositifs de prévention et de soins. Dans l'observation 2013 du Comede, les trois quarts des obstacles constatés relèvent des dysfonctionnements de la Sécurité sociale : erreurs de droit, erreurs de procédure et difficultés d'accès au centre de Sécurité sociale de secteur. Un quart des obstacles à l'accès aux soins sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public, sollicité en priorité par ces patients démunis, avec des soins différés « dans l'attente de l'ouverture des droits » et des risques d'aggravation de l'état de santé.

• Plus largement, les exilés sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux droits fondamentaux, cette situation ayant des conséquences d'une part sur la fragilisation de leur état de santé, et d'autre part de façon directe lorsqu'il s'agit de droits liés à l'accès aux prestations de soins et de santé. Le droit au séjour des « étrangers malades » *(voir p. 39)* connaît notamment une application de plus en plus restrictive, en dépit des instructions du ministère de la Santé en faveur de la protection de la santé et de la continuité des soins. En matière de droit d'asile, la progression du recours au « certificat médical » pose d'importantes questions juridiques et éthiques *(voir p. 308).*

PRINCIPES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

• Les intervenants en santé/social doivent faire face à une demande souvent associée de soins médico-psychologiques, d'accès aux soins, de prévention et de conseil médico-juridique de la part des migrants/étrangers en situation précaire. La capacité d'écoute, de reconnaissance, l'exercice pluridisciplinaire et la prise en compte du contexte social et administratif déterminent alors l'efficacité de la prise en charge. Les connaissances et compétences techniques des intervenants professionnels, salariés ou bénévoles, doivent s'appuyer sur les principes déontologiques, et les repères éthiques permettent de donner sens à l'action individuelle et collective.

• La prise en charge requise sera parfois médicale et/ou psychothérapeutique, elle sera toujours un accueil et un soutien. Les problèmes médico sociaux exprimés lors des premiers contacts recouvrent une demande sous jacente mais constante de relation, de réparation et de reconnaissance. La multiplicité des risques qui fragilisent l'état de santé des migrants/étrangers en situation précaire justifie souvent une prise en charge de moyen terme reposant sur des intervenants motivés pour une pratique patiente et ouverte. Les pratiques caritatives sont à éviter lorsqu'elles agissent au détriment de l'autonomie de la personne.

• Pour ces personnes souvent isolées et itinérantes, la consultation médicale reste une opportunité rare d'échange autour des questions de prévention. C'est aussi l'occasion de proposer un bilan de santé adapté à l'épidémiologie de la région d'origine *(voir p. 327)*. Les questions de prévention et de dépistage doivent intégrer les éléments culturels communs à tous les étrangers en séjour précaire, une culture de la survie où les démarches administratives et sociales priment le recours aux soins curatifs, et plus encore préventifs. Si la méconnaissance de la culture d'origine n'est pas en soi un obstacle pour la rencontre thérapeutique, elle peut justifier le recours aux relais communautaires et aux médiateurs de santé publique.

• La grande fréquence des demandes de soutien juridique, plus ou moins explicites, justifie de connaître le contexte réglementaire dans lequel elles s'exercent, au besoin à l'aide d'une association et/ou d'un avocat spécialisés.

ATTENTION

Les soins et l'accompagnement nécessaires ne doivent pas être différés au prétexte d'une « situation difficile posée par un étranger » ou d'une vulnérabilité particulière. Tout au contraire, la mobilisation de l'interprétariat, le réflexe d'accompagner une demande de protection maladie, l'approfondissement de l'éducation thérapeutique sont des éléments clés qui permettront l'inscription des personnes dans le droit commun.

Sans entretenir l'illusion d'un quelconque bénéfice de la souffrance, il faut pouvoir informer de leurs droits les étrangers en séjour précaire : protection maladie, protection sociale et droit au séjour. Il faut avoir à l'esprit les risques, préjudiciables pour la santé et le droit des étrangers, de la certification médicale *(voir p. 300)* destinée au droit au séjour pour raison médicale et/ou à la demande d'asile. Il faut enfin connaître les moyens d'obtenir ces droits, face aux pratiques restrictives observées en matière de protection maladie comme de droit au séjour.

• Enfin, parce que la demande de soins est d'abord un besoin de protection, le rôle de la justice est primordial. Lorsque l'exil résulte d'atteintes aux droits humains fondamentaux, la réparation symbolique offerte par la justice est capable de réconcilier le désir d'oublier et la mémoire de la douleur, afin que l'exilé puisse apprivoiser la souffrance pour pouvoir renaître, vivre, croire, aimer. Ainsi l'accès aux droits (droit à la santé, droit d'asile, droit au séjour) va de pair avec le suivi social et la délivrance des soins médico psychologique, et constitue une base essentielle à tout projet thérapeutique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Maux d'exil*, numéros thématiques, www.comede.org

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

Inpes, *Santé et recours aux soins des migrants en France*, numéro thématique, BEH nos 2 3 4, 2012

OMS, *Combler le fossé en une génération Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*, Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, 2009

Veïsse A., Aïna E., *Prévention pour les populations migrantes*, Traité de prévention, Flammarion Médecine Sciences, 2009 et *Migrations et santé*, Traité de santé publique, Flammarion Médecine Sciences, 2007

INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL

En cas de difficulté de communication linguistique, la présence d'un interprète professionnel est toujours préférable à celle d'accompagnateurs, d'interprètes informels ou ad hoc. En dépit de plusieurs expériences positives (recours gratuit dans tous les services de maladies infectieuses et tous les centres d'information et de dépistage anonyme et gratuit-CDAG, avec le soutien de la Direction générale de la santé/DGS), il n'existe pas de service public d'interprétariat en France. Pourtant, la présence d'interprètes professionnels dans les services de santé, de santé mentale, et dans les services sociaux favorise l'égalité et la non-discrimination dans l'accès aux soins, et contribue à la qualité des soins proposés. Des associations spécialisées, et à but non lucratif, proposent des services d'interprétariat par déplacement ou par téléphone. Un grand nombre d'entre elles ont participé à l'élaboration d'une charte de l'interprétariat professionnel en milieu médico-social qui donne les bases de l'éthique et de la formation des interprètes.

• **Les problèmes de langue constituent souvent la principale difficulté de prise en charge pour les migrants non francophones (allophones), non anglophones et récemment arrivés en France.** Des accompagnateurs divers font office d'interprètes plus ou moins fiables, selon leur propre maîtrise de la langue et la nature de leur relation avec le patient, relation qui influence considérablement la prise en charge (famille ou amis aux intérêts parfois divergents de ceux du patient, service payé...). Dans tous les cas, et particulièrement en psychothérapie, il est nécessaire de faire intervenir un interprète professionnel « sur place », ou défaut, un interprète par téléphone. Les interprètes sont tenus à l'impartialité et au secret professionnel. La majorité d'entre eux sont formés à l'intervention spécifique en milieu médico psycho social.

• Les « malentendus culturels » recouvrent la plupart du temps des situations où la personne a été « mal écoutée ». L'ignorance des références socioculturelles et de la langue du patient ne permettent pas de justifier des refus de prise en charge qui contribuent à pérenniser l'exclusion des migrants/étrangers en situation précaire. C'est souvent du côté de la société d'accueil qu'il faut chercher les principaux obstacles culturels à franchir. La présence d'interprètes professionnels dès l'accueil des structures médicales et sociales permet d'établir la communication. Elle favorise l'instauration d'une relation de confiance réciproque. Elle contribue aussi à instaurer des rapports plus égalitaires entre le personnel soignant, investi du savoir et du pouvoir, et la personne soignée, en demande d'aide et de soutien.

• Exclusion liée à la maladie, interprétariat et confidentialité *(voir aussi Infection à VIH, Prévention, p. 420).* Certaines pathologies, notamment le VIH sida, génèrent une forte stigmatisation des personnes atteintes. Dans les représentations collectives, le sida reste parfois associé à l'idée de faute, de conséquence de vie aux mœurs dissolues, voire de sanction divine. Des éléments de honte, de secret et de culpabilité se retrouvent dans la problématique des personnes et des familles concernées par le VIH sida, car cette infection touche aux questions fondamentales de la sexualité, de la filiation et de la mort. La peur de la contamination peut entraîner l'exclusion sociale et générer des comportements à risque qui ont des répercussions sur l'observance des traitements. C'est pourquoi il est très important d'être attentif au respect de la confidentialité de la pathologie d'une personne au sein de sa communauté et de recourir à une personne extérieure à l'entourage du patient pour traduire ses propos.

• Les interprètes ne sont pas des « boîtes noires » ou des machines à traduire. Le dispositif de la consultation avec un interprète est une véritable consultation à trois. Du côté du patient, l'interprète est investi d'une attente en matière de fidélité de la traduction, mais sa personne est aussi le destinataire de représentations et d'affects, positifs et négatifs. Du côté du soignant, la présence d'un interprète transforme le cadre habituel de la consultation, mais permet aussi d'échanger autour de malentendus ou d'incompréhensions liés aux représentations culturelles du soin et de la maladie. Enfin, du côté de l'interprète, opérer le passage d'une langue à l'autre, d'un univers culturel et social à un autre, s'accompagne d'un fort investissement subjectif, en plus de compétences linguistiques et de la connaissance du contexte médico psycho social.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *L'interprétariat : pour en finir avec les malentendus*, Maux d'exil, n° 24, 2008

Métraux, J. C., *L'interprète, ce nouvel acteur*, Cahiers psychiatriques, n° 29, 2002, p. 115 135

Migrations santé Alsace, *L'interprétariat médical et social professionnel*, Actes de la conférence nationale de 2012, http://www.conference.migrationssante.org/

Muela-Ribera J., Hausmann-Muela S., Grietens K.-P., Toomer E., *Is the use of interpreters in medical consultations justified? A critical review of the literature*, 2008, www.pass international.org

Schwarzinger M., Cediey E., Argant S., Usage et opportunité du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé, 2012, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese rapport interpretariat professionnel sante.pdf

La formation continue des interprètes professionnels devrait ainsi intégrer des supervisions individuelles ou de groupe, afin de les soutenir dans l'élaboration des résonances personnelles de leur pratique.

• Principes de travail avec un interprète professionnel :

– faire confiance à l'interprète : il/elle connaît son métier ;

avant l'entretien, il peut être utile d'expliquer à l'interprète les objectifs de l'intervention ;

choisir une disposition en triangle, pour que chacun garde le contact avec les autres ;

présenter l'interprète au patient ;

s'adresser au patient et non seulement à l'interprète (importance du langage corporel) ;

rester patient, la traduction peut nécessiter des détours ;

employer des phrases courtes et simples pour faciliter le déroulement de la traduction (Il est inutile de parler plus fort que d'habitude) ;

après l'entretien, échanger avec l'interprète sur les difficultés (linguistiques et personnelles) qu'il/elle a pu rencontrer pour traduire.

• La prise en charge du coût de l'intervention d'un interprète professionnel doit être organisée à l'avance. Des conventions peuvent être établies entre organisme ou association d'interprètes professionnels et établissement de soins, permettant d'accéder (physiquement ou par téléphone) extrêmement rapidement à un interprète dans une centaine de langues. Des financements doivent être prévus à cet effet, étant donnés l'efficience d'une prise en charge médicale assistée d'un interprète professionnel et le respect que cette assistance garantit des droits du patient (secret médical, fiabilité de la traduction, possibilité d'échanges et de vérification de la compréhension…).

• Si aucun service d'interprétariat professionnel, physique ou par téléphone, n'est disponible, il est possible d'avoir recours ponctuellement à l'aide de soignants bilingues. Enfin, en dernier recours, on peut solliciter un accompagnant comme interprète. Dans ce cas, il est indispensable de s'enquérir de la nature du lien entre l'accompagnant et le patient, et de s'assurer du consentement du patient à cette démarche. Il est utile de rappeler à l'accompagnant de tout traduire, et de ne rien ajouter au discours du patient. Enfin, en cas de difficulté, il convient de demander à l'accompagnant de laisser le patient seul avec le soignant.

Coordonnées des principales associations proposant un service d'interprétariat professionnel

ISM Interprétariat (Inter Service Migrants) 24 h/24 7 jours sur 7,
couverture téléphonique sur tout le territoire (métropole et outre mer) 01 53 26 52 62
251, rue du Faubourg Saint Martin, 75010 PARIS
Renseignements : 01 53 26 52 50, www.ism interpretariat.com

Région et Structure	Téléphone et mail
ALSACE 67 STRASBOURG, **MIGRATIONS SANTÉ ALSACE,** 24, rue du 22-novembre	03 88 22 60 22, migrationssante@free.fr www.migrationssante.org, rdvinterprete@migrationssanté.org
AQUITAINE 33 BORDEAUX, **MANA,** 86, cours d'Albret, Soins psychothérapeutiques et prévention auprès des populations migrantes	05 35 40 13 52 http://www.cliniquetransculturelle-mana.org
CENTRE 18 BOURGES, **ACCUEIL ET PROMOTION,** Service Migrants, 5, rue Samson	02 48 70 99 23 accueil-et-promotion@wanadoo.fr
FRANCHE-COMTÉ 70 VESOUL, **AAMI 70**, Association Accompagnement Migration Intégration, 6, cours François-Villon	03 84 75 36 27 aami70@wanadoo.fr
ÎLE-DE-FRANCE : voir texte en tête du tableau	
LORRAINE 57 METZ, **ISM EST** - Inter-service-migrants Est, 44, avenue des Deux-Fontaines	03 87 31 77 77 Interprétariat direct 03 87 30 03 51 http://ism-est.net
MIDI-PYRÉNÉES 31 TOULOUSE, **Cofrimi**, Conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations, 108, route d'Espagne	05 34 60 12 71 http://www.cofrimi.com
PAYS DE LA LOIRE 44 NANTES, **Asamla**, Association santé migrants Loire-Atlantique, 49-51, chaussée de la Madeleine, 49 ANGERS, **Aptira,** Association pour la promotion et l'Intégration dans la région d'Angers, 35, rue Saint-Exupéry	02 40 48 51 99 http://www.asamla.fr/ 02 41 88 64 33
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR 13 MARSEILLE, **Inter-services-migrants Méditerranée,** 1, bd Garibaldi	04 91 92 56 44 ismm@wanadoo.fr
RHÔNE-ALPES 74 ANNECY, **Alap,** Association logement accueil promotion travailleurs familles, 4, passage de la Cathédrale 69 LYON, **Inter-services-migrants corum,** 32, cours Lafayette 38 GRENOBLE, **Adate,** 5, place Sainte-Claire	04 50 51 51 45 alap3@wanadoo.fr 04 72 84 78 99 http://www.ismcorum.org/ 04 76 44 46 52 www.adate.org

ACCÈS AUX SOINS DANS LE PAYS D'ORIGINE

Afin d'appréhender au mieux le contexte de leurs demandes de soins et de soutien, il est particulièrement utile de pouvoir rassembler des informations sur le parcours de soins des personnes migrantes. Or, pour beaucoup d'entre elles, originaires de pays pauvres marqués souvent par des problèmes de gouvernance et d'importantes inégalités sociales, ce parcours est caractérisé par un accès limité, voire impossible, à des soins appropriés et de qualité.

INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS DES PAYS ENTRE EUX ET AU SEIN MÊME DES PAYS

• **Les progrès en matière de santé à travers le monde sont profondément inégaux.** Dans l'ensemble, les populations sont en meilleure santé, plus prospères et vivent plus longtemps qu'il y a 30 ans. Des améliorations significatives sont intervenues en matière d'accès à l'eau, d'assainissement et de soins prénatals. Les connaissances en matière de santé augmentent rapidement. Malgré cela, l'espérance de vie en bonne santé variait toujours du simple au double en 2012 entre la Sierra Leone (39 ans) et la France (72 ans). Trente et un pays, majoritairement en Afrique subsaharienne, mais aussi la Russie ou l'Ukraine, ont même vu celle ci reculer entre 1990 et 2006.

• **En parallèle de ces inégalités entre pays, on observe des inégalités considérables et souvent croissantes à l'intérieur des pays,** où l'augmentation éventuelle des dépenses de santé est contre balancée par le mode d'utilisation de ces dépenses. Or, l'équité dans l'accès aux soins dépend de l'organisation sanitaire, mais également de son mode de financement ou de son interdépendance avec les autres pans du service public. L'impact des dépenses consacrées à la santé pose la question

plus globale de la gouvernance de l'État. L'état de santé de la population est ainsi influencé par la capacité de celui ci à rémunérer les fonctionnaires (dont le personnel médical) ou à construire de façon égalitaire des infrastructures de base permettant par exemple l'accès à l'eau potable.

• Plus de 100 millions de personnes tombent chaque année dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé. Selon un rapport de 2014 de l'Organisation internationale du travail (OIT), plus de 70 % de la population mondiale n'est pas couverte de manière adéquate par une protection sociale. Environ 39 % de la population mondiale est toujours privée de toute affiliation à un système ou dispositif de santé. Ce chiffre atteint plus de 90 % dans les pays à bas revenu. Selon de nombreux rapports, ces chiffres risquent de s'accroître encore dans les prochaines années du fait des réformes effectuées dans le contexte de « crise » actuelle. Cent vingt deux gouvernements ont diminué leurs dépenses publiques en 2014, dont 82 pays en développement, affectant les régimes de retraites, les systèmes de santé et de protection sociale avec réduction de la couverture ou du financement de ces systèmes, suppression de subventions, réductions d'effectifs parmi les travailleurs sociaux et personnels de santé ou plafonnement de leurs salaires.

• L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres organisations relèvent plusieurs types d'évolution des systèmes qui accroissent encore les inégalités d'accès aux soins :

les dépenses publiques consacrées aux services de santé profitent davantage aux riches qu'aux pauvres, que ce soit dans les pays à revenu élevé ou dans ceux dont le revenu est faible. Ceux qui ont le plus de moyens, aux besoins en soins de santé souvent moindres, consomment le plus de soins, alors que ceux qui ont le moins de moyens, en moins bonne santé, en consomment le moins ;

la façon dont sont conçus nombre de programmes de lutte contre les maladies et les logiques d'aide au développement encouragent des approches fragmentées de la santé en direction des populations pauvres et marginalisées qui en sont bénéficiaires, contre une approche globale des individus et de la continuité des soins. Et les modes de financement de ces programmes ciblés ne permettent pas toujours d'assurer la pérennité des dispositifs qu'ils aident à mettre en place ;

l'essentiel des ressources est destiné aux services curatifs, avec une tendance à la spécialisation excessive des soins, négligeant la prévention primaire et la promotion de la santé.

Cette approche curative spécialisée est également source d'inégalités, encore accentuées par les prix croissants des thérapeutiques et des examens complémentaires. Par ailleurs, la technicisation des soins ne se fait pas au même rythme que la formation de personnels soignants à même de les mettre en œuvre. L'OIT estime qu'il y a dans le monde une pénurie de 10,3 millions de personnels de santé pour garantir des services de santé de qualité pour tous ceux qui en ont besoin ;

enfin, certaines populations restent exclues des soins dans de nombreux pays du fait de la nature même de leur pathologie ou de leur appartenance à un groupe social victime de discriminations : personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, personnes en situation de handicap, usagers de drogues, personnes détenues, personnes homosexuelles ou transgenres, minorités ethniques, religieuses…

ATTENTION

Le droit au séjour pour raison médicale sera probablement modifié par la loi sur l'immigration prévue en 2015. Dans l'attente de cette évolution, les ministères de la Santé et de l'Intérieur ont co publié le 10 mars 2014 l'instruction n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé. Cette instruction rappelle notamment *(5. Une information renforcée sur l'offre de soins)* : « La Direction générale de la santé mettra en ligne, à destination des MARS, une liste de "dossiers pays" établie par elle. …/….

DES INFORMATIONS ESSENTIELLES POUR LE SOIN ET LE SOUTIEN

• Afin de proposer une prise en charge adaptée, il est nécessaire de pouvoir appréhender au mieux le parcours de vie et de santé de la personne. Des repères sur l'organisation du système de santé dans le pays d'origine et l'accès effectif aux soins qu'il garantit permettent ainsi de mieux l'aider à comprendre et maîtriser le parcours dans l'organisation complexe du système du pays d'accueil. Cela permet également d'évaluer les besoins en éducation à la santé, dépistage et vaccination *(voir Bilan de santé, p. 325).* Pour la personne atteinte d'une maladie chronique, il est important de savoir si une prise en charge adéquate a pu avoir lieu et si une éducation thérapeutique a permis un « empowerment » ainsi que la compréhension de la pathologie.

• Les étrangers atteints d'une maladie grave dont le traitement est inaccessible dans leur pays d'origine doivent bénéficier d'un titre de séjour *(voir Droit au séjour, p. 39, et Rapport médical, p. 312)* et être protégés contre l'éloignement *(voir page 94).* Un traitement approprié dépend d'une offre de soins 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. La réponse à une demande de soutien peut alors devoir consister en la recherche d'éléments à même de démontrer l'inaccessibilité de ce traitement pour la personne demandeuse en particulier.

SOURCES D'INFORMATIONS ET INDICATEURS

• Les premières informations à recueillir sont celles que pourra donner la personne elle-même sur son parcours de soins :

avait elle accès dans son pays à la médecine préventive dépistages, vaccinations ?

en cas de maladie, a t elle été découverte grâce à un dépistage ou à la suite de complications, alors qu'elle avait déjà évolué ?

le diagnostic a t il pu être fait dans le pays ou a t il fallu attendre l'arrivée en France ?

un traitement a t il pu être engagé ? Les soins étaient ils payants ? Où avaient ils lieu ?

la personne a t elle dû renoncer à une partie de la prise en charge ? Pour quelles raisons ?

quelle estimation du différentiel en matière de suivi, de thérapeutique, de surveillance entre « là bas » et « ici » ?

quelle a été la différence dans le contrôle de la maladie ?

• Le choix des informations et des indicateurs les plus pertinents doit se faire en fonction du besoin et tenir compte du contexte global. Un indicateur isolé n'a que peu de valeur. Ainsi, l'existence d'un médicament ou d'un service spécialisé dans le pays ne suffit en rien à garantir que l'ensemble de la population y aura effectivement accès. De même, dans une approche plus globale, les dépenses totales de santé ne garantissent pas l'équité de l'accès de la population aux services de santé. La question des déterminants de l'accès à un traitement est complexe, pouvant nécessiter de prendre en compte des données allant du très général (système de gouvernance) au plus précis (l'existence de recommandations et de formations sur la prise en charge d'une pathologie).

• Les comparaisons entre pays des performances des différents systèmes de soins doivent également être interprétées de façon pertinente et avec précaution du fait de la diversité et de la complexité des contextes, de l'aspect qualitatif de certaines données et du choix parfois discuté des indicateurs retenus. Ainsi, le produit intérieur brut (PIB), longtemps utilisé comme référence, a t il été peu à peu remplacé par l'indice de développement humain (IDH), puis par l'indice de développement humain ajusté aux inégalités (IDHI). Ces informations sont disponibles sur le site du Programme des Nations unies pour le développement (PNUD). Globalement pour les pays qui ne disposent pas d'un IDHI élevé, il convient de considérer

.../...
Ces dossiers renvoient à des sites répertoriant des données relatives à l'offre de soins dans les pays d'origine ou de renvoi des demandeurs. Ainsi qu'il a été indiqué dans la circulaire de la DGS du 10 novembre 2011 susvisée, à laquelle il convient de se référer sur ce point, l'offre de soins dans le pays d'origine ou de renvoi doit être appréciée, notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. »
(voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 312)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Étrangers malades : quel accès aux soins dans le pays d'origine, Maux d'exil, n° 46, mars 2015

OIT, *Rapport mondial sur la protection sociale 2014 2015*, http://www.ilo.org/global/topics/social security/lang fr/index.htm

OMS,
Rapports annuels, http://www.who.int/fr/

PNUD,
Rapports annuels, http://www.undp.org/

l'impossibilité d'une prise en charge médicale appropriée en cas de pathologie lourde et/ou chronique et/ou coûteuse (voir instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 nov. 2011 concernant le droit au séjour des étrangers malades, annexe II).

• **Les recherches sur le système de gouvernance, la corruption, les droits humains, sociaux et politiques** donnent à la fois des informations sur les discriminations ou violences pouvant avoir été subies par les personnes exilées et sur la façon dont les dépenses de santé seront utilisées de façon plus ou moins équitable.

• **Les recherches sur le système de santé** doivent autant que possible porter sur l'existence et la portée d'un système de protection maladie, plus généralement de protection sociale et si besoin sur la prise en charge de la dépendance et du handicap. Il est également possible de trouver des informations sur les dépenses de santé, sur la démographie médicale et la distribution des lieux de soins, notamment publics, seuls à même de permettre un accès équitable à la santé. Il est en effet crucial de séparer l'offre privée de l'offre publique, surtout dans les pays à protection sociale insuffisante. De même, les médicaments doivent être disponibles sous la forme de génériques.

• **Les sources d'information sont multiples.** Il peut s'agir d'institutions internationales ou nationales, d'organisations non gouvernementales nationales ou internationales ayant des programmes locaux, mais aussi d'acteurs du système de soins du pays tels que des associations de malades ou des soignants. Il est recommandé de veiller à leur connaissance notamment du contexte des inégalités d'accès aux soins, et à l'indépendance de leur avis.







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. »

ASILE ET IMMIGRATION

ATTENTION : au moment de la publication de ce Guide, ce printemps 2015, le gouvernement prépare des réformes législatives de l'asile et de l'immigration. Les lois prévues en 2015 apporteront des modifications conséquentes de certaines dispositions et procédures exposées dans le présent article.

Les étrangers résidant en France relèvent de deux types de législations, le droit à la protection au titre de l'asile et le droit général de l'immigration. Il existe des recouvrements entre ces deux domaines, et les exilés sont confrontés tant aux questions de protection en raison de crainte de persécutions dans leur pays (l'asile) qu'à celles de l'installation et du travail en France (l'immigration). Même si le droit d'asile a été progressivement restreint depuis 1991, il occupe encore une place spécifique et encore favorablement dérogatoire dans la législation sur les étrangers. Les textes définissant les procédures d'asile et d'immigration sont principalement regroupés au sein du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) ou relèvent directement d'accords bilatéraux comme avec l'Algérie.

LE DROIT D'ASILE

• **Sur un plan juridique, l'asile est la protection qu'accorde un État à un individu sur son territoire** pour lui permettre d'échapper aux risques pour sa vie, sa liberté ou sa sécurité dans son propre pays. L'asile se distingue du droit général de l'immigration. À la différence des autres migrants, le demandeur d'asile et le réfugié relèvent d'une protection spécifique.
La réforme du droit d'asile en France pour 2015 prévoit des modifications substantielles de la procédure *(voir Droit d'asile, p. 31).*

Les fondements juridiques de l'asile en France (convention de Genève, règlements et directives UE, Ceseda)

- Art. 1er A2 de la convention de Genève (asile conventionnel)
- Étranger bénéficiant d'une protection accordée par le HCR
- Étranger « persécuté en raison de son action en faveur de la liberté » (asile constitutionnel)

→ **STATUT DE RÉFUGIÉ** convention de Genève

- Étranger exposé dans son pays à la peine de mort ou traitements inhumains ou dégradants, ou menace grave en raison d'une violence généralisée résultant d'un conflit armé

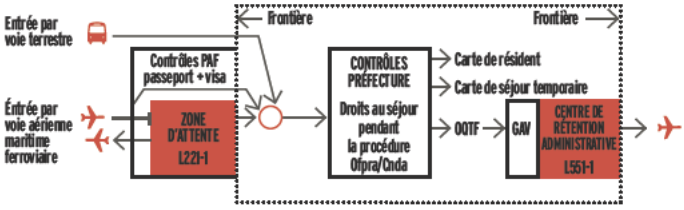
→ **PROTECTION SUBSIDIAIRE**

• Les deux types de protection accordés par la France au titre de l'asile. À la suite d'une procédure d'examen unique, le demandeur peut se voir attribuer l'un des deux statuts suivants :

le statut de réfugié offre la plus grande protection. Il est régi par la convention de Genève du 28 juillet 1951 et se concrétise, en France, par une carte de séjour de 10 ans renouvelable ;

la protection subsidiaire, pour ceux qui n'ont pas été reconnus réfugiés, se traduit par une carte de séjour d'un an, renouvelable seulement si les conditions d'octroi restent remplies.

Entrée et séjour en France des demandeurs d'asile



Ofpra : Office français de protection des réfugiés et apatrides
OQTF : Obligation de quitter le territoire français sous 30 jours

PAF : Police aux frontières
L 221-1 : Article L 221-1 du Ceseda
L 551-1 : Article L 551-1 du Ceseda
GAV : Garde à vue

• Droit d'asile et droit à un titre de séjour. Il faut distinguer la procédure de détermination du statut, l'admission provisoire au séjour pendant la procédure de détermination, et le droit au séjour finalement accordé au réfugié statutaire (ou obtenant la protection subsidiaire). En effet, le droit d'asile et le droit à un titre de séjour sont deux étapes différentes. Si la convention

de Genève donne une définition du terme « réfugié », elle n'oblige pas un État à accueillir une personne qui le sollicite. Sa seule obligation est le non refoulement du demandeur vers *« les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté est menacée »* (art. 33).

• Demandeurs d'asile et réfugiés *(voir définitions, p. 9).*
Un « demandeur d'asile » attend une réponse à sa demande alors qu'un « réfugié statutaire » a reçu une réponse positive à sa demande d'asile, tout comme en cas de « protection subsidiaire ». Réfugiés statutaires, « protégés subsidiaires » et demandeurs d'asile (sauf en cas de « procédure prioritaire ») sont en situation régulière de séjour. Un demandeur d'asile « débouté » se trouve en séjour irrégulier. Un « débouté » ou un « sans papiers » est « régularisé » lorsqu'il obtient un titre de séjour de la part de la préfecture.

LE DROIT GÉNÉRAL DE L'IMMIGRATION

• Il s'agit de l'ensemble des règles régissant l'entrée, le séjour, le travail des étrangers vivant en France, à l'exception des demandeurs d'asile et des réfugiés. Cela concerne :
l'étranger qui vit dans son pays et sollicite une entrée en France ;
l'étranger déjà présent sur le territoire français qui sollicite un titre de séjour (régularisation de la situation administrative pour la personne « sans papiers ») ou un renouvellement de titre.
Ces deux champs, dont le Ceseda constitue le texte de référence, représentent chacun un domaine juridique immense. *Le droit au séjour pour raison médicale est abordé p 39.*

L'OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTÉGRATION (Ofii)

• L'Ofii est un établissement public placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, chargé du service public de l'accueil des étrangers titulaires, pour la première fois, d'un titre les autorisant à séjourner durablement en France (art. L 5223 1 Code du travail). L'Ofii a également pour mission de participer aux actions administratives, sanitaires et sociales relatives :
1. à l'entrée et au séjour d'une durée inférieure ou égale à 3 mois des étrangers ;
2. à l'accueil des demandeurs d'asile ;

3. à l'introduction en France, au titre du regroupement familial, du mariage avec un Français ou en vue d'y effectuer un travail salarié, des étrangers ressortissants de pays tiers à l'Union européenne ;
4. au contrôle médical des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois ;
5. au retour et à la réinsertion des étrangers dans leur pays d'origine ;
6. à l'intégration en France des étrangers, pendant une période de cinq années à compter de la délivrance d'un premier titre de séjour les autorisant à séjourner durablement en France ou pour la mise en œuvre des dispositifs d'apprentissage de la langue française adaptés à leurs besoins, le cas échéant en partenariat avec d'autres opérateurs, quelle que soit la durée de leur séjour.

L'Ofii agit dans plus de cinquante directions territoriales, délégations ou plates formes hébergées, ainsi que dans 9 pays : Arménie, Canada, Cameroun, Mali, Maroc, Roumanie, Sénégal, Tunisie et Turquie.

• **En matière de contrôle médical**, la « visite médicale obligatoire » de l'Ofii est imposée à l'ensemble des étrangers admis à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois. Elle est définie par l'arrêté du 11 janvier 2006 modifié évoquant *« un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'Ofii dans le cadre du contrôle médical »*, qui place les médecins de l'Ofii en situation de contrevenir à l'article 100 du Code de déontologie médicale (art. R 4127 1 CSP *« Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention »*, *voir Principes juridiques et déontologiques, p. 300).* À l'issue des examens *(voir encadré page suivante),* *« il est délivré un certificat indiquant que l'intéressé remplit ou ne remplit pas les conditions médicales autorisant son séjour en France ».*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Gisti,
Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France, La Découverte, décembre 2011, www.gisti.org

Ordre national des médecins, Code de déontologie médicale, www.conseil national.medecin.fr

Arrêté du 11 janvier 2006 modifié sur la visite médicale obligatoire de l'Ofii

(...) Cet examen comporte obligatoirement :
1. un examen clinique général effectué par un médecin qui peut s'entourer d'avis de spécialistes et demander des examens complémentaires ;
2. un examen radiographique des poumons :
a) En seront toutefois dispensés :
les enfants de moins de 10 ans présentant un certificat de vaccination par le BCG et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive ;
tout étranger présentant une radiographie de moins de 3 mois et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive ;
b) les enfants de moins de 15 ans venant de pays à forte prévalence de tuberculose bénéficieront de surcroît d'un test à la tuberculine dans un service, une structure ou auprès d'un professionnel dont les coordonnées seront indiquées au cours de la visite médicale ;
3. une vérification du statut vaccinal qui doit être conforme à la législation et à la réglementation en vigueur ;
4. pour les personnes présentant du fait de leurs antécédents, leur âge ou leur état clinique un risque vis à vis du diabète de type 2, une mesure de la glycémie capillaire ;
5. en fonction de la symptomatologie clinique, un examen urinaire comprenant la recherche de protéines et de sang (...).

• Seules les maladies suivantes peuvent faire obstacle à la délivrance définitive du certificat médical par l'Ofii (arrêté du 11 janv. 2006 modifié) :
a) « l'une des maladies mentionnées au titre V du règlement sanitaire international publié par le décret du 24 janvier 1989 susvisé [anciennement peste, choléra et fièvre jaune, mais dans sa révision du 23 mai 2005 par l'Assemblée générale de l'OMS, le règlement sanitaire international ne mentionne plus aucune maladie en son titre V] ;
b) « tuberculose contagieuse évolutive (...) ;
c) « troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (...) ;
d) « problème de santé en contradiction manifeste avec l'objet du séjour en France (...) ».
Enfin, « Seul est exclu du bénéfice du regroupement familial l'étranger atteint de l'une des maladies mentionnées au titre V du règlement sanitaire international » *(voir supra).*

DROIT D'ASILE

ATTENTION : au moment de la publication de ce Guide, ce printemps 2015, le gouvernement prépare une réforme législative destinée à transposer des directives européennes sur l'asile : « procédures » (directive 2013/32/UE du 26 juin 2013), « accueil » (directive 2013/33/UE du 26 juin 2013) et « qualification » (directive 2011/95/UE du 13 déc. 2011). La loi prévue en 2015 apportera des modifications conséquentes de la protection des demandeurs d'asile et des procédures décrites dans le présent article, et davantage développées dans le Guide Comede 2008.

La convention de Genève du 28 juillet 1951 définit les conditions dans lesquelles un État doit accorder le statut de réfugié aux personnes qui en font la demande. Ce traité international s'impose à chaque État l'ayant ratifié. La France a élaboré un droit spécifique introduit dans le Code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda). Les modalités de présentation de la demande d'asile dépendent des conditions dans lesquelles l'exilé pénètre sur le territoire français.

Voir aussi Protection sociale, p. 140, et Protection maladie, p. 194

DEMANDE D'ASILE À LA FRONTIÈRE
(VOIR ZONES D'ATTENTE, P. 121)

• Sans passeport ou sans visa, l'exilé contrôlé par la Police aux frontières (PAF) est arrêté à la frontière et sa demande d'asile sera examinée depuis une « zone d'attente ».
Si l'admission sur le territoire ne peut pas être refusée au seul motif que le demandeur d'asile ne dispose pas des documents et visas requis (art. 31 convention de Genève), celui ci peut être « maintenu » en zone d'attente « le temps strictement nécessaire [...] à un examen tendant à déterminer si sa demande n'est pas manifestement infondée » (art. L 221 1 Ceseda).

• L'examen de la demande d'asile. Le demandeur dispose d'un délai de 5 jours à compter de la notification de ce droit

par la PAF pour déposer sa demande d'asile. La division de l'asile aux frontières de l'Ofpra (Office français de protection des réfugiés et apatrides) étant située à l'aéroport de Roissy Charles de Gaulle, l'audition du demandeur d'asile est effectuée sur place par un officier de l'Ofpra pour les personnes maintenues à Roissy, et par téléphone pour les autres zones d'attente. Aucun délai n'est précisé entre l'enregistrement de la demande et l'entretien avec l'agent de l'Ofpra. En pratique, ce délai se révèle très court : de 48 à 96 heures. L'Ofpra transmet ensuite son avis au ministère de l'Intérieur qui prend la décision finale d'admission ou de refus d'entrée.

• **En cas d'admission sur le territoire au titre de l'asile,** le demandeur se voit remettre un sauf conduit d'une durée de 8 jours, en vue de se présenter à la préfecture de son domicile. Il arrive que l'étranger libéré au TGI ne dispose pas de ce document (également en cas d'annulation de la décision de placement en zone d'attente par le tribunal administratif, ou de libération pendant la nuit).

• **En cas de refus d'entrée au motif que « la demande d'asile est manifestement infondée »,** l'exilé peut demander l'annulation de cette décision devant le tribunal administratif dans un délai de 48 heures à compter de la date de notification de la décision (art. L 213 9 Ceseda). Il peut être assisté d'un avocat et d'un interprète. Le tribunal a 72 heures pour rendre sa décision, durée pendant laquelle la personne ne peut être refoulée. La décision de rejet du tribunal reste contestable devant la cour administrative d'appel dans un délai de 15 jours, ce recours n'étant pas suspensif (risque d'éloignement).

DEMANDE D'ASILE À LA PRÉFECTURE

• **Lorsqu'il est présent sur le territoire, le demandeur d'asile ne peut pas saisir directement l'Ofpra.** Il doit préalablement se présenter à la préfecture du chef lieu de région correspondant à son adresse ou à sa domiciliation (préfecture de département pour la région Île de France, la région Alsace et la collectivité territoriale de Corse) pour y solliciter son admission provisoire au séjour. Cette démarche est obligatoire, que le demandeur soit majeur ou mineur. Le défaut de visa d'entrée en France et de passeport ne peut faire obstacle au dépôt d'une demande d'asile.

• **Les contrôles effectués par la préfecture** comprennent un relevé des empreintes digitales du demandeur (Eurodac)

et des vérifications sur les fichiers des personnes recherchées : fichier national de police, fichier national des étrangers (Agdref), système d'information Schengen (SIS) et système d'information des visas (VIS). Si cette vérification se révèle positive, la préfecture peut refuser au demandeur d'asile l'admission au séjour en France *(voir infra procédure prioritaire et « Dublin III »).*

• **Admission au séjour en procédure normale :**
sauf si la personne est déjà titulaire d'un titre de séjour, la préfecture délivre, dans un délai de 15 jours suivant le dépôt complet du dossier, une autorisation provisoire de séjour (APS) portant la mention *« en vue des démarches auprès de l'Ofpra »* valable 1 mois, ainsi qu'un formulaire de demande d'asile destiné à l'Ofpra ;
à l'expiration de l'APS et sur présentation de la lettre d'enregistrement de l'Ofpra le demandeur se voit remettre un récépissé portant la mention *« récépissé constatant le dépôt d'une demande d'asile »* valable 6 mois. Les récépissés suivants, valables 3 mois, sont renouvelés jusqu'à la notification de décision de l'Ofpra, ou sur présentation de l'accusé de réception du recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) et jusqu'à la notification de la décision de la CNDA. En cas de non présentation de la lettre d'enregistrement de l'Ofpra ou de la CNDA, la préfecture peut prendre une décision de refus d'admission au séjour.

• **Informations au demandeur d'asile.** Un guide en 23 langues, édité par le ministère de l'Intérieur, informe le demandeur sur ses droits (hébergement, aides financières, etc.) et obligations ainsi que sur les organisations susceptibles de lui apporter un soutien.

• **L'offre de prise en charge** *(voir Protection sociale des demandeurs d'asile, p. 140).* Dans le cadre du dispositif national d'accueil (DNA), le demandeur se voit proposer un accueil en centre d'hébergement pour demandeur d'asile (Cada). Son accord est formalisé sur une offre de prise en charge qu'il doit signer à la préfecture. Si l'hébergement ne peut lui être fourni, il bénéficie du versement de l'allocation temporaire d'attente (ATA). En cas de refus de l'offre d'hébergement en Cada, il perd le droit à l'ATA.

• **Droit au travail** *(voir Protection sociale des demandeurs d'asile, p. 140).* L'accès au marché du travail peut être autorisé au demandeur d'asile dans le cas où l'Ofpra n'a pu statuer dans

un délai de 1 an et pour des raisons qui ne sont pas imputables au demandeur ; ou si un recours a été formé devant la CNDA. Mais dans ce cas, le demandeur est soumis au droit applicable aux travailleurs étrangers pour la délivrance d'une autorisation provisoire de travail (art. R 341 4 du Code du travail, *voir Protection sociale, page 140).*

PROCÉDURE « DUBLIN III » ET PROCÉDURE PRIORITAIRE

• La procédure « Dublin III » : pas d'admission au séjour et pas de remise du dossier Ofpra. Le règlement communautaire 604 2013 du 26 juin 2013, appelé « Dublin III », est entré en vigueur le 1er janvier 2014. Il prévoit qu'un seul État européen est responsable de la demande d'asile d'une personne. Il établit et hiérarchise des critères permettant de déterminer à quel État membre incombe la responsabilité de l'examen de la demande d'asile. Dès lors, si le demandeur, en France, entre dans l'une des catégories suivantes, l'État français estimera n'être pas responsable de l'examen de sa demande d'asile au profit d'un autre État signataire du règlement communautaire :

s'il est mineur non accompagné et a un membre de sa famille (au sens large : père, mère ou autre adulte légalement responsable ; conjoints ou partenaires ; frères et sœurs ; oncles, tantes, grands parents) y étant légalement admis à séjourner sous réserve que ce soit dans l'intérêt supérieur de l'enfant. En l'absence de famille dans un autre État signataire, l'État responsable est celui où l'enfant a introduit sa demande ;

s'il a un membre de sa famille (au sens strict : conjoints, partenaires, concubins ; enfants mineurs non mariés ; père, mère ou autre adulte légalement responsable du mineur) y étant bénéficiaire d'une protection internationale sous réserve du consentement écrit des intéressé(e)s ;

s'il a un membre de sa famille (au sens strict) dont la demande d'asile n'a pas encore fait l'objet d'une première décision sur le fond ;

l'État où se trouvent le plus grand nombre des membres d'une même famille, y compris les frères et sœurs mineurs non mariés, qui ont introduit une demande d'asile, et à défaut le plus âgé d'entre eux, en cas de demandes d'asile simultanées ;

s'il est titulaire d'un visa ou d'un titre de séjour en cours de validité (en cas de plusieurs délivrances, le titre de séjour ou visa ayant la plus longue échéance) ;

s'il a franchi irrégulièrement les frontières d'un État qui a procédé à son interpellation et à l'enregistrement de ses

empreintes digitales dans Eurodac (cette responsabilité prend fin 12 mois après le franchissement), ou s'il a séjourné 5 mois consécutifs (si plusieurs séjours distincts de 5 mois dans différents États, le dernier pays est l'État compétent) ;
s'il est exempté de l'obligation de visa ;
s'il a déposé une demande d'asile à la frontière d'un État membre.

Par ailleurs, le règlement prévoit également la reprise en charge du demandeur d'asile ayant quitté le pays dans lequel une procédure a été initiée et quelle que soit l'issue de celle ci (examen en cours, désistement ou rejet). Cette vérification s'effectue par le biais du fichier Eurodac. **Dans ces cas, les autorités françaises vont refuser d'examiner la demande d'asile** et l'Ofpra n'est pas saisi. Ce règlement n'est pas applicable dans les départements d'outre mer, ni à Saint Pierre et Miquelon, Saint Barthélemy et Saint Martin.

• **Les dérogations :** chaque État peut déroger à l'application du règlement « Dublin III » pour des motifs familiaux (unité de famille), des motifs de vulnérabilité (dépendance nécessitant l'assistance d'un tiers) ou en raison de l'état de santé (art. 16).

• **La clause de souveraineté :** chaque État conserve la possibilité d'examiner une demande d'asile, même si celle ci relève de la responsabilité d'un autre État membre (art. 17).

• **La péremption de la responsabilité.** Les dispositions du règlement sont caduques, si le demandeur :
est titulaire d'un titre de séjour, pour un motif autre que l'asile : le règlement Dublin n'interdit pas en droit de déposer une demande de titre de séjour pour un autre motif en même temps qu'une demande d'asile *(voir p. 34) ;*
a effectué un séjour hors de l'espace de l'Union européenne pendant plus de 3 mois avec preuves ;
est débouté de sa demande d'asile et a quitté l'espace de l'Union européenne (UE 28 + Islande, Suisse, Norvège, Liechtenstein), que le départ soit volontaire ou forcé mais avec preuves.

• **Les délais de la procédure « Dublin III » :** selon la situation, il s'agit soit d'un mécanisme de « prise en charge » (mécanisme de réadmission) soit de « reprise en charge » (mécanisme appliqué aux personnes ayant déjà été demandeuses d'asile dans un autre pays).

	Délai de saisie de l'État responsable	Délai de réponse	Délai de transfert (art. 29)
Prise en charge (art. 21.22)	3 mois à compter de la présentation en préfecture. Délai réduit à 2 mois si signalement Eurodac	2 mois, l'absence de réponse vaut accord implicite	6 mois dès réponse explicite ou implicite 12 mois en cas d'emprisonnement 18 mois en cas de fuite
Reprise en charge (art. 23.24)	2 mois si signalement Eurodac et 3 mois pour autres motifs	1 mois sauf signalement Eurodac, délai de 15 jours	identiques

ATTENTION

le règlement prévoit la possibilité d'un placement en rétention en vue de garantir la procédure de transfert.

• Dès acceptation par l'État membre saisi, la personne se voit notifier par écrit une décision de transfert et le refus d'examiner sa demande de protection. Cette décision prévoit les délais et voies de recours, la mise en œuvre du transfert, et mentionne si nécessaire la date et le lieu où le demandeur doit se rendre dans le cas où il s'y rend par ses propres moyens.

• Le recours contre la décision de transfert vers un État membre. Les États doivent prévoir dans leur droit national un recours effectif avec suspension du délai de transfert, ainsi que l'assistance juridique et linguistique.

• Les règles et obligations de la procédure. Les préfectures ont obligation de remettre une brochure d'information réalisée par la Commission européenne (en annexe du règlement 118/2014) dans une langue compréhensible par la personne. Afin de déterminer les critères de responsabilité, la préfecture est tenue de procéder à un entretien confidentiel et avec un interprète si nécessaire. Un résumé de l'entretien doit être remis à la personne.

• La procédure dite « prioritaire » est une procédure accélérée aux garanties diminuées : la préfecture notifie une décision de refus de séjour motivée, mais remet le dossier Ofpra si :
la personne a la nationalité d'un pays considéré comme « sûr » ou relevant des stipulations du 5 C de l'article 1 de la convention de Genève (clause dite « de cessation ») ;
la présence de la personne constitue une menace à l'ordre public ;
la demande d'asile est considérée comme abusive, frauduleuse ou dilatoire.
Le demandeur dispose alors de 15 jours pour remplir le dossier, le remettre sous pli fermé à la préfecture qui se chargera de l'envoyer à l'Ofpra. En cas d'un précédent refus de séjour assorti d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF),

la personne voit sa demande gérée par le service de la préfecture chargé de l'éloignement. Elle peut être placée sous convocation du service éloignement et être interpellée lors d'une convocation en cas de rejet par l'Ofpra. Pendant la procédure prioritaire, le demandeur n'est pas admis au séjour mais il a droit au versement de l'ATA jusqu'à la décision de l'Ofpra (décision CE 7 avril 2011, *voir Protection sociale, p. 140).*

• **Recours non suspensif.** Le demandeur d'asile peut déposer un recours devant la CNDA contre la décision de rejet de l'Ofpra. Toutefois, ce recours n'interrompt pas la mesure d'éloignement que la préfecture peut prendre à son encontre et n'empêche pas l'éloignement forcé. Pour contester la mesure d'éloignement, la personne peut demander l'aide juridictionnelle *(voir p. 129)* et être assistée d'un avocat.

DEMANDE D'ASILE À L'OFPRA ET À LA CNDA

• **L'Office français de protection des réfugiés et apatrides doit décider si la personne relève du statut de réfugié** (art. 1er A 2 de la convention de Genève du 28 juillet 1951) ou si elle est éligible à la protection subsidiaire (art. L 712 Ceseda) ou au statut d'apatride. L'Ofpra peut rejeter la demande d'asile, cette décision peut être contestée auprès de la CNDA. En cas de refus du statut d'apatride, le demandeur doit contester la décision devant le tribunal administratif de son lieu de résidence.

• **La Cour nationale du droit d'asile** est la juridiction administrative spécialisée compétente pour examiner le recours contre une décision de rejet par l'Ofpra. La CNDA a une compétence nationale, y compris pour les DOM ou COM. Le recours est suspensif, ce qui signifie qu'il suspend la décision de rejet de l'Ofpra (sauf pour la procédure prioritaire dont le recours n'interrompt pas la mesure d'éloignement, *voir supra).* Jusqu'à la décision de la CNDA, l'exilé reste considéré comme demandeur d'asile et peut bénéficier des droits qui sont attachés à ce statut *(voir Protection sociale, p. 140, et Protection maladie, p. 194).* Il est préférable de demander dès que possible l'assistance d'un avocat spécialisé au besoin avec l'aide juridictionnelle *(voir p. 129),* et à défaut d'une association spécialisée.

• **L'Ofpra ou la CNDA peuvent accorder deux types de protection différents :**
– **le statut de réfugié** offre des garanties prévues par la convention de Genève (non refoulement, titre de voyage,

droit au travail, état civil, droit au RSA sans délai d'ancienneté de 5 ans, programme d'installation, droit au versement des prestations familiales depuis la date d'entrée en France, rapprochement familial sans condition opposable, *voir Protection sociale, p. 140.* En France, le réfugié statutaire a droit à une carte de résident de 10 ans. Sous certaines conditions, le conjoint et les enfants d'un(e) réfugié(e) peuvent obtenir le statut de réfugié et la carte de résident *(voir Protection sociale, p. 140);*

– **la protection subsidiaire** (régie par des dispositions du droit français) donne droit à un titre de séjour de 1 an (art. L 313 13 Ceseda), avec les droits assortis (droit au travail, droit au RSA sans délai d'ancienneté de 5 ans, regroupement familial sans condition opposable *(Protection sociale, p. 140).*

La protection subsidiaire accordée est dite de type 1 lorsque le demandeur est dans l'impossibilité d'obtenir des documents d'état civil par les autorités de son pays. L'Ofpra doit alors assurer la protection consulaire en lieu et place des autorités nationales (documents d'état civil, titre de voyage de 2 ans).

La protection subsidiaire accordée est dite de type 2 lorsque la personne conserve la protection consulaire de son pays de nationalité.

REFUS DE LA DEMANDE D'ASILE

• Le demandeur d'asile en procédure normale « rejeté » par l'Ofpra et « débouté » par la CNDA se voit notifier par la préfecture un refus d'admission au séjour au titre de l'asile assorti d'une obligation à quitter le territoire (OQTF).
L'exilé est alors autorisé à se maintenir pendant 30 jours sur le territoire en vue d'organiser son départ. *(voir p. 76).*

• Réexamen de la demande d'asile. La personne a la possibilité de solliciter un réexamen de sa demande sur la base « d'éléments nouveaux », qui doivent être des éléments relatifs à des faits survenus postérieurement à la précédente décision de l'Ofpra ou de la CNDA ou dont elle a pris connaissance postérieurement à l'examen de sa première demande. Elle doit pour cela se présenter à nouveau en préfecture.

• Au terme de cette procédure, l'exilé peut être amené à solliciter un titre de séjour pour d'autres motifs, notamment en cas de maladie grave empêchant un retour dans son pays d'origine *(voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 312).*

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. 312) ;
« 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. R 4127 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 p. 27)***.** 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

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 de 1 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 6-7° de l'accord franco-algérien du 27 décembre 1968 :

« Le certificat de résidence de 1 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 [...]. »

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) ;
instruction interministérielle n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014 sur les conditions d'examen des demandes de titre de séjour pour raisons de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Rapports annuels 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

Veïsse 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. 312) :*

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 de 1 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 de 1 an acquise, l'étranger pourra accéder à une carte de séjour (avec droit au travail), si son état de santé le justifie toujours.

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. 89).*

• **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° 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, pendant la période dite transitoire, pour les citoyens croates exerçant en France une activité professionnelle) et selon des règles qui leur sont propres *(voir Protection sociale selon le statut, p. 140).*

• 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. 50).*

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 interpeller au guichet et placer en rétention administrative *(voir Éloignement et enfermement des étrangers, p. 94).*
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 Protection contre les mesures d'éloignement, p. 94*) 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.

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. 94),* 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 administratives et recours, p. 72).*

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

DÉPÔT ET INSTRUCTION DE LA DEMANDE

Une fois évaluée l'opportunité de la demande, ses modalités restent complexes. Les pratiques des préfectures (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 préalable, p. 43).*

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 2014.

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. 55).* Le rapport étant délivré à sa demande et dans son intérêt, le patient a le droit d'en conserver une copie *(voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 317).*
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. 312).*

• De nombreuses préfectures exigent abusivement la production d'autres documents médicaux (certificat médical, rendez-vous médical, justificatifs de prise en charge médicale de plus de 1 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. 317).*

• 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, p. 26).*

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.60);*

« 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. 68).*

• 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, p. 68).*

• 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 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. 60).*

• 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 administrative de droit commun *(voir Domiciliation, p. 135) :*

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

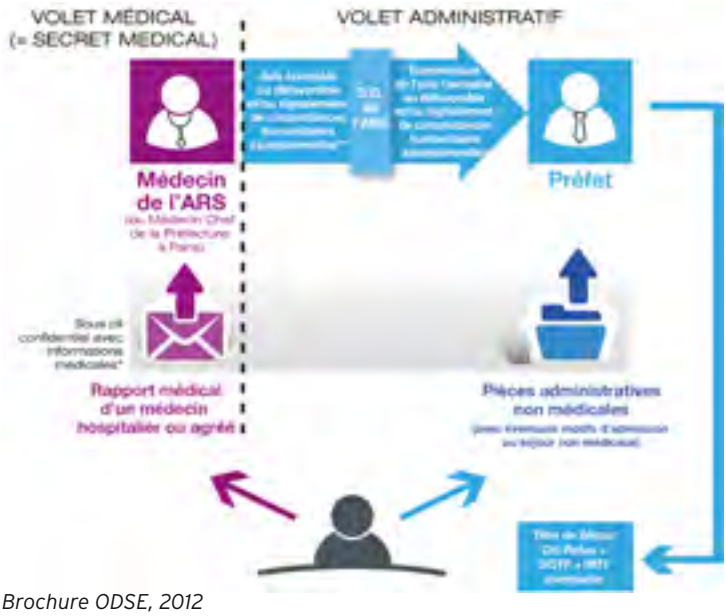
ATTENTION

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. 55)*, voire un recours *(voir Décisions administratives et recours, p. 72).*

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 administrative ou postale 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. *(voir Domiciliation, p. 135).*

• 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 préalable de la demande, p. 43, et Décisions administratives et recours, p. 72).*

• 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 préalable de la demande, p. 43).*



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 (1re 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 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 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 administratives et recours, p. 72).*

• **Procédure de renouvellement :** le renouvellement du titre de séjour (L 313 11 11° Ceseda) suppose que les conditions médicales soient toujours remplies. Sauf en cas d'avis favorable donné par le médecin de l'ARS pour plus de 1 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 6e et la 8e semaine) précédant l'expiration du titre de séjour (R 311 2 4° 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 juill. 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. 94)*

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. 211)*. 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 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 janv. 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, notamment 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 nov. 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, Formulaires 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 Décisions administratives et recours, p. 72)* 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 préfectures exigent ce document pour enregistrer la demande ou délivrer le titre de séjour. Si les négociations avec le pays d'origine ou avec la préfecture 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 préalable de la demande, p. 43)*.

• **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 défaillante (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 *(voir point 1.1 de l'instruction interministérielle n° DGS/MC1/DGEF/2014/64 du 10 mars 2014)*. 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. 50),* 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

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 (…) »

délivré par les autorités du pays d'origine) ne peut être imposée à un étranger pour déposer sa demande ou se voir délivrer une carte de séjour (CE, 30 nov. 2011, n° 351584 ; CAA Nancy, 23 avril 2012, n° 11NC01749 ; CAA Lyon, 28 sept. 2010, n° 10LY00754 ; CAA Nantes, 20 févr. 2009, n° 08NT01449 ; 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, p. 129) ;*

la pertinence de la demande *(voir Évaluation préalable de la demande, p. 43)* 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 préfectures 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 III ».

Voir aussi Droit d'asile, p. 31

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 (art. L 313 11 7° Ceseda). Les pratiques des préfectures 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° 0115565/3; TA Cergy Pontoise, 31 juill. 2003, n° 0204943; TA Cergy Pontoise, référés, 29 oct. 2002, n° 0204942). 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 de la demande, p. 43),* 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 préfectures 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, p. 129).* 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. 56)* 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 de 1 an, 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 médical pour le droit au séjour, p. 312)* 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. 72).*

CAS PARTICULIER DES DEMANDEURS D'ASILE SOUS PROCÉDURE « DUBLIN III » (VOIR « DUBLIN III » ET PROCÉDURES PRIORITAIRES, P. 34)

• **Les demandeurs d'asile placés sous procédure dite « Dublin III », 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 III »** (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 (art. 16 rglt « Dublin III », *p. 34*) :

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 III » (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 III » 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 III ». 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 III ») 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 Décisions administratives et recours, p. 72),* 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 annuels 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 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 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 Ceseda).

• **Les citoyens de l'UE et assimilés** *(voir Citoyens de l'UE et membres de leur famille, p. 162)* **ne sont pas assujettis au paiement de ces taxes** (art. 25 directive 2004/38/CE ; de manière plus restrictive 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 1er 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 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
1re 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

	Taxes Ofii	Droit de timbre	Visa de régularisation (si entrée et/ou séjour irrégulier)	Total
1re 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
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€
1re 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, 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 »).
Toutefois, en droit, les préfectures ne peuvent conditionner la remise du titre de séjour au paiement des taxes dues, et doivent délivrer le titre de séjour et émettre un titre exécutoire à l'encontre de son bénéficiaire (TA Lyon, 4 avril 2013, n° 1300745).

• 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, que faire en pratique ? L'étranger doit au minimum demander au guichet la remise d'un récépissé (avec droit au travail pour lui permettre de s'acquitter des sommes dues). Une lettre en ce sens, voire demandant la délivrance du titre de séjour et expliquant la situation de précarité financière 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 (30 jours 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. 50)*;

et le cas échéant de l'avis du DG de l'ARS sur l'existence d'une ou plusieurs 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. 50)*, 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 de la demande, p. 43)*;

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. 312),* 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, p. 129*).

• 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 (contentieux) permettant d'éviter la rupture des droits au séjour, au travail et aux prestations

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 courrie**r : *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 socio-juridique du Comede, p. 3.*

sociales, devront être réalisés si possible au plus tard dans les jours suivants l'expiration du dernier titre de séjour ou récépissé. Le jour de l'expiration de son titre ou récépissé de séjour, ou les jours suivants, l'étranger devra également se présenter de nouveau en préfecture pour demander la délivrance d'un nouveau récépissé, et en conserver la preuve *(voir Dépôt et instruction de la demande, droit à la délivrance des récépissés, p. 56).* En cas de refus, un recours contentieux en référé pourra être exercé par un avocat dans les semaines qui suivent.

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. 68).*

• **Une carte de séjour temporaire (CST) doit être délivrée lorsque les conditions légales (L 313-11 11° Ceseda) sont remplies** *(voir Évaluation préalable des conditions de la demande, p. 43).* 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 son bénéficiaire). 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

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 de 30 jours, confiscation du passeport, interpellation et placement en CRA *(voir p. 113)*. Bien lire la lettre de convocation et les pièces demandées, et se renseigner sur les pratiques préfectorales variables d'une préfecture à l'autre.

de moins de 1 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 *(voir Étrangers malades, p. 146),* notamment l'allocation adulte handicapé (AAH), à la place d'une CST, constitue une pratique très répandue dans certaines préfectures quand bien même l'intéressé(e) réside en France depuis plus de 1 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, p. 129).* Le juge administratif donne alors raison au demandeur démontrant sa résidence en France depuis plus de 1 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 de 1 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) *de 1* an *(art. 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 de 1 an,** cette APS peut être renouvelée pendant la durée des soins et doit être transformée en CST dès la condition de 1 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.

• Le refus d'admission au séjour se matérialise généralement par la notification d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) *(voir Protection contre les mesures d'éloignement, p. 94).* 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 de la demande, p. 43),* 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. 94).*

• 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, p. 129).* 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 du courrier, et être accompagné d'une copie intégrale de la décision contestée. Attention : ni une demande au bureau

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.

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, Pièces prises en considération)* 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. 312 ; voir aussi Recueil ADDE, Comede, La Cimade, Dimension globale de l'accès aux soins).* 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 (art. L 313-11 7° Ceseda ou 6.5° accord fr.-alg.). Les préfectures, prenant prétexte que les seules dispositions spécifiques en la matière (art. L 311-12 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° Ceseda ou art. 6.5° accord fr. alg.) et les conventions internationales (art. 8 CEDH et art. 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 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 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 de la demande, p. 43, Autres possibilités d'admission au séjour, p. 47).*

• 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° 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 11° 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. 68),* **fondée sur l'article L 313-11 7° du Ceseda (ou art. 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. 72).*

• 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 janv. 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, Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 202*

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 10 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 5 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. 81),* ou encore celles passées en tant qu'étudiant ou bénéficiaire de la protection subsidiaire. **Cette durée de 5 ans est raccourcie à 3 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 d'insertion, allocation de solidarité spécifique et allocation équivalent retraite visées aux articles L 351 9 et suiv. du Code du travail ; et selon CE, 16 déc. 2013, n° 366722, hors AAH, ASI et Aspa, *voir infra);*

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 5 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 préfectures 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° Ceseda) peuvent se voir délivrer une carte de résident de 10 ans sous réserve de remplir les conditions précitées de l'art. L 314 8 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 de 1 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).

• 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 de 1 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 de 1 an.

Pour consulter des **modèles de lettre** au préfet pour demander la délivrance d'une carte de résident de 10 ans : *voir www.comede.org, rubrique Services, Formulaires et modèles.*

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. »

• **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. 72).*

• **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; en sens contraire, CE, 16 déc. 2013, n° 366722 excluant la prise en compte de l'AAH et de l'Aspa)*. 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 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 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, p. 129),* doivent être envisagés *(TA Paris, 10 juill. 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 juill. 1979). Si le demandeur remplit manifestement 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. 312

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. 110).*

• **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 III » *(voir Droit d'asile, p. 31);*

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 10 ans (art. L 624 1 et L 624 2 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 suiv. 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 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. 72).* 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 de 1 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 » (art. L 511 4 10° 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. 72).*

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 de la demande, p. 43).*
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 de 1 an.

En cas de placement en centre de rétention administrative, des modalités spécifiques d'intervention sont requises *(voir p. 110).*

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 5 ans (art. L 511-1 III Ceseda) :

une durée initiale maximale de 2 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 2 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 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. 103),* 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 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 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° 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 3 ans (art. L 213-1 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 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 de 1 an, voire de 10 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 Ceseda) ou d'expulsion prononcée contre les catégories de personnes protégées de manière relative (art. L 521 2 Ceseda) ou quasi absolue (L 521 3 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 y 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° Ceseda), selon les mêmes critères médicaux qu'en matière de droit au séjour pour raison médicale (L 313-11 11° Ceseda) ou de protection contre les OQTF et APRF (L 511-10

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.

4° et R 521-1 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 Aide juridictionnelle, p. 129).*
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° 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 Ceseda), ou encore s'il a été assigné à résidence sur décision administrative *(voir p. 103),* 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 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 5 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 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 Ceseda et 131 30 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 Ceseda et 131 30 2 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 (ou un récépissé de demande de renouvellement, voire une APS ou une convocation : Cass. Crim. 26 juin 2013, n° 13 80.594), 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

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.

le pays de destination susceptible d'un recours au tribunal administratif dans un délai de 2 mois.

• En cas de prononcé d'une ITF par le tribunal correctionnel (1re 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 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. 103).*

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

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. 94

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. 94).*

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 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 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 Ceseda).

• 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 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. 312).* 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 2 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 Ceseda) ou lui est accordée à titre probatoire et exceptionnel (art. L 523 5 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 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).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES POUR EN SAVOIR PLUS

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

• 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 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 Ceseda). Le non respect de ces obligations est passible de peines de prison (art. L 624 4 Ceseda).

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).

PRISON

Au 1er janvier 2014, 18 % des 78 000 personnes détenues en France étaient de nationalité étrangère. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a rendu un avis le 9 mai 2014 sur la situation des personnes étrangères détenues, qui décrit les difficultés spécifiques rencontrées par les étrangers en situation de vulnérabilité. Il est très important d'accomplir ou d'initier certaines démarches pendant l'incarcération pour prévenir des ruptures de protection à la sortie (protection sociale, protection maladie, asile ou encore protection contre l'éloignement pour raison médicale).

Voir aussi Protection contre les mesures d'éloignement, p. 94, Rétention administrative, p. 113

L'Observatoire international des prisons (OIP) a édité **Le guide du prisonnier**, OIP/Éditions La Découverte, en 2012. Ce guide est envoyé gratuitement à toute personne détenue. Sur son site, www.oip.org, de nombreuses fiches thématiques très complètes sont consultables.

LA COMPRÉHENSION PAR L'ÉTRANGER DE SES DROITS ET DEVOIRS EN DÉTENTION

• L'absence de maîtrise de la langue française accroît la vulnérabilité propre à la personne détenue, la plaçant dans l'incapacité de connaître ses droits et de faire connaître ses demandes. Formellement, un recours aux services d'un interprète est prévu mais, dans la pratique, il est insuffisant. La direction interrégionale de Paris a passé une convention avec un organisme d'interprétariat (y compris par téléphone). Certains hôpitaux accueillant des personnes détenues ont passé de telles conventions, mais elles sont souvent méconnues par les praticiens.

• La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (art. 23) prévoit que l'information de l'arrivant en prison est dispensée oralement, « dans une langue compréhensible », ainsi que par la remise d'un livret d'accueil. Le guide de l'administration « Je suis en détention » est traduit en six langues (français, anglais, arabe, espagnol, portugais et roumain). Le CGLPL a constaté cependant que ce guide était peu distribué et que le nombre de langues traduites devait être étendu.

LA SANTÉ EN PRISON

• La loi pénitentiaire (art. 46) pose le principe que *« la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population »*. Elle pose également le principe selon lequel l'administration pénitentiaire est soumise au droit des personnes incarcérées au respect du secret médical.

Sur la prise en charge sanitaire des personnes détenues : *voir le guide méthodologique, octobre 2012, disponible sur le site du ministère de la Santé et la circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012.*

• Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, la santé des détenus a été confiée à des professionnels hospitaliers (médecins, infirmiers, dentistes…) au sein d'une unité spécifique installée dans la prison, appelée unité sanitaire. Chaque unité sanitaire comprend une unité de consultation de soins ambulatoires (UCSA) et certaines ont un service médico psychologique régional (SMPR). Un protocole est signé entre la prison et la ou les structures hospitalières fixant les modalités d'intervention de l'établissement public de santé (art. D 369 CPP). Dans certains cas (urgence médicale, consultations spécialisées ou hospitalisations), les personnes sont prises en charge directement soit au sein de l'hôpital de proximité, soit dans l'une des huit unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI), soit dans l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF).

• L'administration pénitentiaire est soumise à l'obligation d'adapter et de modifier le régime pénitentiaire quand cela est rendu nécessaire par l'état de santé des personnes par exemple en décidant un transfert dans un autre établissement pénitentiaire pour des raisons de santé, (art. 22 de la loi pénitentiaire).

• Une première visite médicale doit avoir lieu dans les *« plus brefs délais »* **après l'arrivée en prison** (art. 3 du règlement intérieur type des établissements pénitentiaires annexé à l'art. R 57 6 18 CPP). Si, à son arrivée, une personne est dans un état de santé qui semble justifier des soins médicaux ne pouvant attendre cette visite d'entrée, le personnel doit en référer au gradé de permanence afin qu'il contacte l'équipe médicale. La visite d'entrée est également l'occasion de pratiquer un bilan de santé, de contrôler l'état vaccinal, de proposer une consultation spécialisée, notamment en cas de troubles psychologiques, de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie.

• La prise en charge financière des soins en prison *(voir Assurance maladie, p. 211).*

LA DOMICILIATION EN ÉTABLISSEMENT PÉNITENTIAIRE

• Le fait d'être domicilié est indispensable pour accéder aux prestations d'aide sociale et faciliter les démarches administratives. Les personnes détenues peuvent élire domicile auprès de l'établissement pénitentiaire, lorsqu'elles ne disposent pas d'un domicile personnel ou d'une domiciliation administrative *(voir Domiciliation, p. 135)* au moment de leur incarcération ou ne peuvent en justifier l'existence (loi pénitentiaire n° 2009 1436 du 24 nov. 2009). Pour les personnes étrangères incarcérées, la circulaire du 1er février 2013 (NOR : JUSK1240044C) précise que cette domiciliation au sein d'un établissement pénitentiaire ne peut conférer d'autres droits que ceux du droit commun applicable aux personnes étrangères.

DEMANDER OU RENOUVELER UN TITRE DE SÉJOUR

• Le fait pour un étranger détenu d'être démuni de titre de séjour a de nombreuses conséquences. Cela peut faire obstacle à une permission de sortir, ce qui prive les étrangers de la possibilité de régulariser leur situation administrative ou de rechercher un contrat de travail, etc. et, ainsi, de pouvoir bénéficier d'aménagements de peine ou d'une meilleure insertion lors de la sortie de prison.

• La circulaire du 25 mars 2013 (NOR : INTV1306710C) précise les procédures de première délivrance ou de renouvellement de titre de séjour pour les personnes condamnées à une peine supérieure à trois mois. Elle ne vise que les étrangers qui n'ont pas de mesure d'éloignement exécutoire (pour les autres démarches possibles en détention quand la personne s'est vu notifier un arrêté d'expulsion, une interdiction du territoire français, etc. *voir Protection contre les mesures d'éloignement, p. 94).*

• La préfecture compétente pour instruire ces demandes est celle du domicile habituel de la personne détenue ou celle de son lieu d'incarcération si elle est domiciliée auprès de l'établissement pénitentiaire. Au niveau départemental, un protocole doit être établi pour faciliter les démarches des personnes détenues avec l'établissement d'un correspondant pénitentiaire qui centralise toutes les demandes des points d'accès aux droits (PAD) ou des services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) et les transmet au correspondant préfectoral. Les démarches préfectorales, depuis cette circulaire, ne sont plus subordonnées à la présentation personnelle de la personne étrangère en préfecture, ce qui les rend effectivement possibles désormais. En pratique, les obstacles restent très nombreux. Il est possible de demander une permission de sortir pour se rendre à la préfecture, mais sans garantie concernant la réponse.

• Les étrangers malades peuvent faire valoir leur état de santé pour appuyer leurs démarches administratives (de quelque nature qu'elles soient). Si une personne souhaite demander la délivrance d'une carte de séjour temporaire pour raison médicale depuis la prison, elle doit s'adresser d'abord à la préfecture, à charge pour cette dernière d'indiquer la marche à suivre pour la saisine du médecin de l'agence régionale de santé (ARS). Le médecin de l'unité sanitaire doit, s'il estime que l'état de santé de la personne le justifie, établir un rapport médical détaillé sur le modèle des rapports demandés en matière de droit au séjour pour raison médicale *(voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 312).* Ce rapport est à adresser au médecin de l'ARS. Ce dernier ne rendra un avis au préfet que si la préfecture est valablement saisie. C'est la raison pour laquelle il est indispensable que l'accompagnement de la personne soit, avec son accord, coordonné entre le médecin de l'unité sanitaire et le SPIP, le PAD et, le cas échéant, une association de soutien intervenant dans l'établissement. L'absence de réponse des services préfectoraux, au motif que la personne incarcérée n'a « pas besoin » de titre de séjour, constitue une pratique irrégulière et contestable devant les tribunaux et devant le CGLPL et le Défenseur des droits (DDD).

• La menace à l'ordre public. Elle sera prise en compte par la préfecture dans l'examen de la demande et pourra fonder une décision de refus alors même que les conditions médicales sont remplies. Avoir été condamné pour une infraction pénale ne suffit pas en soi à caractériser une menace à l'ordre public. Si l'étranger est titulaire d'un titre de séjour, la menace à l'ordre

public pourra fonder une décision d'expulsion en cours de détention.

• Si l'instruction de la demande aboutit à un refus de délivrance ou de renouvellement du titre de séjour assorti d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF), la décision est adressée au greffe de l'établissement pénitentiaire. Ces décisions peuvent faire l'objet de recours dès leur notification par le greffe. Le délai de départ volontaire prévu par l'OQTF est suspendu jusqu'à la sortie définitive de prison. La mesure d'éloignement ne peut être mise à exécution qu'à la fin de la peine.

• Pour les personnes atteintes d'une maladie grave qui n'ont pas encore été jugées et qui pourraient se voir condamnées à une peine d'interdiction du territoire français, être en possession d'un titre de séjour pour raison médicale au moment de l'audience est un enjeu crucial pour être protégées contre le prononcé d'une telle interdiction (art. L 541-1 Ceseda). En effet, la Cour de cassation étend cette protection aux personnes titulaires d'une carte de séjour temporaire, d'un récépissé de renouvellement, voire d'une convocation (arrêt n° 13 80594 du 26 juin 2013).

L'ASILE EN PRISON

• L'asile constitue une liberté fondamentale et il est possible d'entreprendre les démarches lorsqu'on est en prison. Dans son avis du 9 mai 2014, le CGLPL relève deux principaux obstacles à l'exercice de ce droit : le défaut d'information des détenus et le refus quasi systématique de la préfecture d'admettre au séjour les détenus sur le fondement de la menace grave à l'ordre public. Cela entraîne pour le détenu un examen de sa demande d'asile en procédure prioritaire à garantie diminuée. La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) (I.M. C/France, n° 9152/09, § 140 à 150, 2 fév. 2012) a jugé que l'impossibilité de présenter une demande d'asile avant d'être en rétention et le recours systématique à la procédure prioritaire pour les demandes présentées dans ces conditions méconnaissaient le droit à un recours effectif (art. 13 CEDH).

L'EXÉCUTION DES MESURES D'ÉLOIGNEMENT EN FIN DE PEINE

• Les services pénitentiaires communiquent aux services centraux ou déconcentrés du ministère de l'Intérieur les

informations relatives aux personnes détenues étrangères faisant ou devant faire l'objet d'une mesure d'éloignement et notamment celles qui concernent leur lieu d'incarcération, leur situation pénale ou leur date de libération (art. 724 1 Ceseda). Ainsi, en fin de peine, les personnes sortant de prison avec une mesure d'éloignement pouvant être mise à exécution sont souvent immédiatement expulsées sans avoir été préalablement informées de cette éventualité. Elles n'ont, dès lors, pas été mises en mesure de faire valoir leurs droits. Quand la préfecture n'a pas obtenu à temps un laissez passer consulaire ou quand la personne a opposé un refus d'embarquer, elle peut être placée en rétention administrative *(voir Rétention administrative, p. 113).* Dans cette situation, il appartient à l'unité sanitaire de prendre attache sans délai avec le service médical du centre de rétention administrative (CRA). Cependant, en pratique, ni l'unité sanitaire ni le SPIP ne sont informés des placements en CRA.

PROTECTION MALADIE ET ALLOCATION TEMPORAIRE D'ATTENTE À LA SORTIE DE PRISON

• **Les droits à l'assurance maladie des personnes étrangères détenues prennent fin lors de la sortie de prison si elles sont en situation administrative irrégulière.** Afin de garantir la continuité de leurs soins, elles doivent donc, avant ou dès leur sortie de prison, déposer une demande d'AME auprès de la CPAM de leur lieu de domicile ou de domiciliation *(voir AME, p. 241).*

• **L'allocation temporaire d'attente (ATA) à la sortie de prison.** Les anciens détenus peuvent prétendre au bénéfice de l'ATA pour une durée maximale de 12 mois lorsque la durée de leur détention n'a pas été inférieure à deux mois et s'ils justifient de la régularité de leur séjour. Outre des conditions de ressources, ils doivent justifier de leur inscription sur la liste des demandeurs d'emploi (art. L 5423 8 et R 5423 20 Code du travail).

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 suiv. 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'Umcra (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. 94

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 peut 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

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.cglpl.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.

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 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. 94*****)**

La question de leur placement en centre de rétention se pose toutefois lorsque leurs parents y sont retenus (art. L 553 1 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 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).*

• 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 (art. R 4127-105 et R 4127-106 CSP, *voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 312 et Certification et demande d'asile, p. 308).*

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). *(voir Principes déontologiques, p 300).*

C'est à l'administration d'établir que l'étranger retenu a pu avoir accès à un service médical et aux soins nécessaires (Cass. 1re, 12 mai 2010, 09 12.877 ; CA Rouen, 26 juin 2012, n° 12 03223 ; CA Paris, 24 févr. 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, 1er mars 2012, 10BX01273 ; TGI Bordeaux, JLD, 27 oct. 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

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).

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, p. 28)* **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 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. 39)

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. 94).*

• 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 5e puis du 25e 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 5e jour de rétention, l'étranger retenu risque d'être éloigné avant même que le JLD ait examiné la régularité de la procédure.

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 juill. 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. 312).* 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'Umcra *(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 nov. 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 Code de déontologie médicale, *voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 312).*

Les médecins traitants habituels de l'étranger retenu peuvent être sollicités par ce dernier, par le médecin de l'Umcra 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'Umcra) 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'Umcra et le médecin de l'ARS peuvent être conduits à solliciter les informations médicales strictement nécessaires de la part de leurs confrères médecins traitants.

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 de l'ARS ou 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'Umcra transmis au médecin de l'ARS (art. 76 du CDM). Les dossiers médicaux sont conservés confidentiellement dans les locaux de l'Umcra.

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

demander les coordonnées de l'Umcra à l'association intervenant dans le centre de rétention *(voir infra)* ;

ou s'adresser à la Fumcra (Fédération des Umcra), 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, fumcra@orange.fr

• En cas de risque d'exceptionnelle gravité, le médecin de l'Umcra doit établir un rapport médical détaillé sur le modèle des rapports demandés en matière de droit au séjour pour raison médicale *(voir p. 312)*. 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 (art. 4 de l'arrêté du 9 nov. 2011 ; CA Paris, 15 oct. 2010, n° 10 01922), et/ou au placement en rétention (CA Aix en Provence, 31 oct. 2010, n° 10 00266). Le médecin de l'Umcra 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. 50)*.
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'Umcra 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. 94 et Assignation à résidence pour raison médicale, p. 103)*.
Dans le cadre de ces procédures, le médecin de l'Umcra 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 sept. 2009, n° 0904328).

Si le médecin de l'Umcra 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.

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

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.cglpl.fr

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

• 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'Umcra 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. 50).* 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. 43 ; Protection contre les mesures d'éloignement, p. 94).* 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 juill. 1978 ; modèles de lettre de demande disponibles sur www.comede.org, rubrique Formulaires et modèles).

ZONE D'ATTENTE

Dans le cadre d'un renforcement du contrôle des flux migratoires, les États européens ont développé un certain nombre de mesures et de pratiques destinées à durcir les conditions d'accès au territoire : l'exigence des visas a été généralisée, les contrôles à l'arrivée en France se sont considérablement accrus, etc. Dans ce cadre, les étrangers qui ne remplissent pas les conditions pour entrer en France ou qui sollicitent l'asile peuvent être placés en zone d'attente, « à la frontière ».

Voir aussi Protection contre les mesures d'éloignement, p. 94

ORGANISATION DE LA ZONE D'ATTENTE

L'Anafé (Association nationale d'assistance aux frontières pour les étrangers) propose de nombreuses publications accessibles sur son site www.anafe.org, *voir aussi Références bibliographiques.*

• **La zone d'attente est un espace physique où sont enfermées les personnes qui se présentent aux frontières et ne sont pas autorisées à entrer sur le territoire français.** Elles peuvent y être maintenues pendant une durée maximale de 26 jours. Sur le plan juridique, elles ne sont pas considérées comme se trouvant sur le territoire français.

• **La zone d'attente est située** dans une gare ferroviaire ouverte au trafic international, dans un port ou à proximité du lieu de débarquement, ou dans un aéroport. Une personne peut y être maintenue, pendant le temps strictement nécessaire à son départ et, si elle est demandeuse d'asile, dans l'attente d'un examen tendant à déterminer si sa demande n'est pas manifestement infondée (art. L 221 1 Ceseda, *voir Droit d'asile à la frontière, p. 31).* En mai 2014, le ministère de l'Intérieur a publié une liste de 67 zones d'attente. Actuellement, la quasi totalité des étrangers maintenus le sont dans les zones des aéroports de Roissy CDG et d'Orly. La zone d'attente s'étend des points d'embarquement et de débarquement à ceux où sont effectués les contrôles des personnes et peut inclure un ou plusieurs lieux d'hébergement.

L'Observatoire de l'enfermement des étrangers a publié en juillet 2012 une *Plateforme de revendications pour un droit d'accès associatif dans les lieux d'enfermement des étrangers,* http://observatoireenfermement.blogspot.fr/

• La zone d'attente est ensuite « portée » par la personne concernée, c'est à dire qu'elle s'étend, sans qu'il soit besoin de prendre une décision particulière, aux lieux dans lesquels l'étranger doit se rendre, soit dans le cadre de la procédure en cours, soit en cas de nécessité médicale (tribunal de grande instance, hôpital, etc.). Depuis 2011, en dehors de ces zones définies, une zone d'attente peut être créée, discrétionnairement, dès que l'administration constate qu'« un groupe d'au moins dix étrangers vient d'arriver en France en dehors d'un point de passage frontalier » (art. L 221 2 Ceseda).

• La procédure de maintien en zone d'attente prévoit l'intervention de la police aux frontières (PAF), du juge judiciaire et du juge administratif. L'étranger est placé en zone d'attente par décision de la police aux frontières (PAF) pour une durée de 4 jours. Les décisions de refus d'entrée en France et de placement en zone d'attente peuvent être contestées devant le juge administratif. S'il n'a pas été refoulé vers son pays de provenance au bout de 4 jours, il ne pourra être maintenu au delà de ce délai que sur décision du juge des libertés et de la détention (JLD). Le JLD pourra prolonger à deux reprises le maintien en zone d'attente pour 8 jours (art. L 222 1 et suiv. et art. R 222 2 Ceseda). Le maintien en zone d'attente peut atteindre 26 jours si la personne sollicite d'entrer en France au titre de l'asile à la fin de la période des 20 premiers jours.

ACCÈS D'INTERVENANTS EXTÉRIEURS AUX ZONES D'ATTENTE

• Il existe un droit d'accès des associations aux zones d'attente. Après habilitation du ministère de l'Intérieur, ces associations désignent des membres pour être visiteurs, ce qui leur permet d'assister les personnes « maintenues » mais également de se rendre dans les zones d'attente et de rendre publics leurs constats.

La permanence téléphonique juridique de l'Anafé se tient les mardi et jeudi de 10 h à 18 h au 01 42 08 69 93. L'Anafé tient également une permanence juridique en zone d'attente de Roissy (chambre 38) trois fois par semaine en fonction de la disponibilité des bénévoles.

• L'Anafé dispose d'une permanence téléphonique nationale pour fournir une assistance juridique aux personnes maintenues en zone d'attente. Dans la zone d'attente de Roissy, l'Anafé dispose d'un droit d'accès permanent, ce qui signifie que des bénévoles sont présents et peuvent fournir une assistance juridique aux personnes maintenues. La Croix Rouge est également présente et apporte un soutien humanitaire.

• Les personnes maintenues en zone d'attente disposent de droits et notamment du droit de demander l'assistance d'un médecin (art. L 221 4 et L 221 5 Ceseda). Pour la zone d'attente de Roissy, il existe un service médical qui lui est consacré et une convention avec un hôpital public à proximité. Dans les autres zones, il n'y a pas d'accès direct à du personnel médical et il faut passer par la police qui fera appel à des médecins des secteurs public ou privé. Dans tous les cas, les soins « les plus appropriés » (art. L 1110 5 CSP) doivent être délivrés à la personne, incluant le transfert et l'admission à l'hôpital si nécessaire.

PROTECTION EN RAISON DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ DES ÉTRANGERS MAINTENUS EN ZONE D'ATTENTE

• Contrairement aux personnes déjà présentes sur le territoire français *(voir Protection contre les mesures d'éloignement, p. 94),* **aucun texte interne ne pose le principe d'une protection pour l'étranger du fait de son état de santé contre l'enfermement en zone d'attente ou le renvoi.** La Cour européenne de sauvegarde des libertés fondamentales et des droits de l'homme (CEDH) a toutefois jugé que le maintien en détention malgré des troubles de santé incompatibles avec celle ci constitue un traitement inhumain au sens de l'article 3 CEDH (23 févr. 2012, G. c/France, nº 27244/09).

• Si l'état de santé de la personne placée en zone d'attente est incompatible avec la privation de liberté ou le transport aérien, l'étranger et ses conseils doivent en pratique saisir la PAF, voire les ministères de l'Intérieur et de la Santé, pour qu'ils prennent en compte ces éléments de santé et décident de mettre fin au placement en zone d'attente. Ces raisons de santé doivent être portées à la connaissance du JLD qui pourra également libérer la personne. À l'appui de ces demandes, l'étranger maintenu peut solliciter un certificat médical de la part des médecins soignants, en premier lieu les médecins intervenant en zone d'attente. Un tel certificat peut être délivré dans le cadre déontologique approprié *(voir Principes juridiques et déontologiques, p. 300).*

• Quand il statue sur la prolongation du maintien en zone d'attente, le JLD examine si la procédure a été respectée. À ce moment là, il prend également en compte l'état de santé des étrangers pour vérifier si le droit de voir un médecin a pu

ATTENTION

Il arrive qu'un médecin soit « requis » par l'autorité judiciaire ou « désigné comme expert », aux fins « d'établir un certificat de compatibilité avec le maintien en zone d'attente ». Or les médecins intervenant en zone d'attente y exercent une mission de prévention et de soins, incompatible avec la mission d'expertise médico légale ou médico administrative. Face à une telle demande, le Code de déontologie médicale impose à ces médecins de se récuser par écrit *(art. 105 et 106 CDM, voir pp. 304-305).*

être exercé de façon effective. Dans le cas contraire, le JLD constatera l'irrégularité de la procédure et procédera à la libération de la personne.

• S'il est mis fin au maintien en zone d'attente, l'étranger est libéré avec un sauf-conduit valable 8 jours mais n'est pas « régularisé ». S'il remplit les conditions de délivrance d'un titre de séjour, il lui appartient de déposer une demande auprès de la préfecture de son lieu de résidence
(voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 39).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Anafé, *La procédure en zone d'attente*, Guide théorique et pratique, 2013

Anafé, *Le dédale de l'asile à la frontière,* Rapport d'observations, 2013

Comede, *L'enfermement : mauvais traitement pour les étrangers,* Maux d'exil n° 38, décembre 2012

Fumcra, Fédération des unités médicales des centres de rétention administrative, *Avis concernant les certificats médicaux de compatibilité avec une mesure de rétention et/ou avec une mesure d'éloignement,* décembre 2011

OEE, *Les entraves à l'accès au recours effectif pour les étrangers privés de liberté en France,* Rapport d'observations, 2014

PRINCIPES D'ACCOMPAGNEMENT

L'accès aux droits est une condition nécessaire à l'insertion de chacun dans la société. Dans un contexte de complexification des procédures administratives, d'augmentation de la suspicion pesant sur l'étranger dans l'espace public et de durcissement des pratiques administratives, notamment dans le cadre de la « lutte contre la fraude », l'obtention d'un droit ou d'un service auprès de l'administration peut se révéler très difficile pour les exilés. Face à cette situation, le recours à l'outil juridique est aujourd'hui indispensable dans l'accompagnement individuel des personnes. De la même manière, l'accompagnement de type social est primordial pour permettre l'accès aux services de base de la vie quotidienne, dans un environnement où de nombreux exilés se retrouvent démunis au point d'être en situation de survie.

Voir aussi Exil et santé, p. 8

SOUTIEN JURIDIQUE

• Cinq particularités caractérisent l'accès aux droits des migrants/étrangers en séjour précaire :

ce domaine juridique comprend, d'une part, les règles dites de « police de l'immigration » relatives à l'entrée, au séjour, à l'asile et à l'éloignement des étrangers et, d'autre part, les règles générales relatives à la protection sociale de la population générale ;

le droit de l'immigration est un champ complexe et soumis à des réformes fréquentes ;

le droit des étrangers à la protection sociale est directement corrélé au statut au regard du séjour (NB : pour les droits des étrangers en séjour irrégulier, *voir Sans-Papiers mais pas sans droits, Les notes pratiques, 6e édition, Gisti, juill. 2013)* ;

les conditions légales d'accès aux droits des étrangers se sont durcies depuis 30 ans, conséquence d'un « effet ciseaux » entre les restrictions légales d'accès aux titres de séjour et le renforcement des exigences de titres de séjour pour l'accès aux droits sociaux ;

les pratiques administratives se sont également durcies au point de créer un écart très important entre le droit en vigueur et les pratiques observées, dans un contexte de réduction des moyens consacrés à l'accueil et à l'accompagnement du public. Le recours à l'outil juridique est donc souvent nécessaire pour faire appliquer la réglementation, comme en témoigne le volume important du contentieux administratif relatif à l'immigration.

• Deux principes doivent être mis en avant dans l'accompagnement à l'accès aux droits :

la nécessité de comprendre l'organisation administrative de la France et la procédure administrative précontentieuse ;

la nécessité de sensibiliser les personnes concernées à l'importance de l'écrit et du courrier. Il est en effet indispensable de « stabiliser » la situation des personnes au regard du courrier postal (« boîte aux lettres » qui fonctionne), éventuellement par une domiciliation *(voir Domiciliation, p. 135),* ainsi que de sensibiliser à l'usage des courriers recommandés et des règles de notification des décisions administratives.

• Le recours à l'aide juridictionnelle doit enfin être envisagé systématiquement lorsque les personnes concernées ont de trop faibles ressources pour faire face aux frais de procédure, notamment pour payer un avocat. Il convient de noter que le recours à l'aide juridictionnelle ne signifie pas que l'avocat sera « commis d'office », et que les personnes en séjour irrégulier y ont un accès limité *(voir Aide juridictionnelle, p. 129).*

SOUTIEN SOCIAL

Le soutien et l'accompagnement social des migrants/étrangers en situation précaire requiert d'abord les compétences et les techniques de la relation d'aide dont font preuve les travailleurs sociaux dans leurs missions de droit commun.

• Départements et services sociaux « de secteur ». Pour l'ensemble de la population, le *service social départemental* constitue le pivot du diagnostic et de l'orientation en matière sociale. L'orientation vers le service social de « secteur » reste la priorité, notamment de la part des professionnels de santé ne bénéficiant pas d'un service social dans leur structure, lorsqu'ils sont confrontés à une personne en grande détresse sociale et démunie de lien opérationnel avec une structure

de soutien. Implanté(e)s sur un territoire défini par sectorisation, les assistants sociaux « de quartier » sont placés sous l'autorité du conseil général du département et ne relèvent donc pas de la mairie/commune sur le territoire de laquelle ils exercent leurs missions d'aide aux personnes en difficulté (sauf Paris).

Article L 123-2 du Code de l'action sociale et des familles :

« Le service public départemental d'action sociale a pour mission générale d'aider les personnes en difficulté à retrouver ou à développer leur autonomie de vie. »

• Chaque mairie agit simultanément à l'échelle de sa commune dans le cadre du centre communal d'action sociale (CCAS). Les CCAS fournissent des aides logistiques (conseils, orientation) ou matérielles (paiement d'abonnement de transport, aides sociales facultatives, etc.) complémentaires de celles apportées par les assistants sociaux de secteur. Ils exercent également des missions rendues obligatoires à l'échelle nationale (dossiers de demande d'aide sociale légale comme le RSA, domiciliation des personnes SDF, etc.).

Article L 123-5 du Code de l'action sociale et des familles :

« Le centre communal d'action sociale anime une action générale de prévention et de développement social dans la commune, en liaison étroite avec les institutions publiques et privées. Il peut intervenir sous forme de prestations remboursables ou non remboursables. Il participe à l'instruction des demandes d'aide sociale dans les conditions fixées par voie réglementaire. Il transmet les demandes dont l'instruction incombe à une autre autorité. L'établissement du dossier et sa transmission constituent une obligation, indépendamment de l'appréciation du bien fondé de la demande. »

SPÉCIFICITÉS POUR LES MIGRANTS/ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE

Action de la Croix-Rouge pour le rétablissement des liens familiaux entre les membres des familles séparées par la guerre, une catastrophe naturelle ou toute autre situation humanitaire grave :
Croix Rouge française,
direction des relations et opérations internationales,
service des recherches dans l'intérêt des familles,
98, rue Didot, 75694 PARIS Cedex 14,
Tél. : 01 44 43 12 60,
Fax : 01 44 43 34 85,
Courriel :
recherches@croix rouge.fr

• **L'accès aux services sociaux de secteur n'est soumis à aucune restriction particulière et tout exilé peut s'y adresser sans condition supplémentaire.** En revanche, l'accès aux dispositifs de protection sociale pour les ressortissants étrangers dépend de conditions spécifiques variant selon la nationalité (Union européenne ou pays tiers), la prestation considérée, l'ancienneté de la présence en France et la nature du titre de séjour *(voir Protection sociale, p. 140, et Protection maladie, p. 263).*

AIDE JURIDICTIONNELLE

L'aide juridictionnelle (AJ) permet aux personnes démunies de bénéficier de l'assistance totalement ou partiellement gratuite d'un avocat, et ainsi de garantir la protection de leurs droits devant les juridictions. Son bénéfice est soumis à des difficultés croissantes et contraint ceux qui la sollicitent à la constitution de dossiers de demande d'aide juridictionnelle (DAJ) de plus en plus complexes. Pour ces raisons, il est nécessaire de soutenir les exilé(e)s dans ces démarches et de les accompagner dans d'éventuels recours en cas de refus abusifs des bureaux d'aide juridictionnelle (BAJ).

Voir aussi Décisions administratives et recours, p. 72

BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE JURIDICTIONNELLE

Principaux textes applicables
Loi modifiée n° 91 647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique et décret modifié n° 91 1266 du 19 décembre 1991.

• **Résidence habituelle et régulière en France :** sauf s'ils sont citoyens de l'Union européenne (UE), le bénéfice de l'AJ est réservé aux étrangers qui résident habituellement et régulièrement en France. **Ne peuvent toutefois se voir opposer cette condition de séjour régulier et habituel (art. 3 loi n° 91-647), les étrangers :**

mineur(e)s (quelle que soit la procédure juridictionnelle en cause) ;

la demandant dans le cadre de la contestation d'une obligation de quitter le territoire français (OQTF) (art. L 511 1 Ceseda), d'une procédure de maintien en zone d'attente (art. L 222 1 Ceseda), de placement en centre de rétention (L 552 1 Ceseda), d'expulsion (art. L 522 1 Ceseda), de retenue destinée à la vérification de la régularité du séjour (art. L 611 1 1 Ceseda), ou d'une audition par la commission du titre de séjour (art. L 312 2 Ceseda) ;

en demande d'asile et formant un recours devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) (voir toutefois les restrictions de l'art. L731 2 alinéa 3 Ceseda, susceptibles d'être supprimées en 2015, concernant les demandes de réexamen), ou contestant une décision de placement en procédure prioritaire (dir. 2013/32/UE du 26 juin 2013) ou de remise à un autre État de l'UE au titre des accords « Dublin III » (art. 27§6 règlement de l'UE n° 604/2013 du 26 juin 2013, *voir Droit d'asile, p. 31) ;*

impliqués dans une procédure pénale (en tant que témoin assisté, inculpé, prévenu, accusé, condamné, partie civile, ou soumis à une procédure de comparution immédiate ou sur reconnaissance préalable de culpabilité) ;

engagés dans une procédure de protection contre des violences subies au sein de leur couple ou par leur ancien partenaire (art. 515 9 et suiv. Code civil) ;

en dehors des situations précédentes (par ex., recours contre un refus AME ou contre un refus de séjour sans OQTF ou encore contre une décision de « remise » au titre des accords de Schengen fondée sur l'article L 531 1 Ceseda), à condition de justifier *« d'une situation particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet du litige ou des charges prévisibles du procès »*.

• **Justification d'arguments « sérieux » :** le recours pour lequel l'AJ est demandée ne doit pas apparaître *« manifestement irrecevable ou dénué de fondement »*. En pratique, certains BAJ rejettent de manière hâtive les DAJ pour ce motif, et il ne faut pas hésiter à contester ces rejets.

• **Condition de ressources :** l'AJ est accordée en fonction de plafonds de ressources révisés chaque année et facilement consultables sur Internet et dans la notice d'utilisation du formulaire cerfa de DAJ n° 12467*01.

AJ totale ou partielle en fonction de la moyenne mensuelle des revenus et du nombre de personnes à charge (au 1er avril 2014)

Personnes à charge**	0	1	2	3***
100 %	Moins de 937 €	Moins de 1 104 €	Moins de 1 273 €	Moins de 1 379 €
85 %	937 € à 979 €	1 104 € à 1 146 €	1 273 € à 1 316 €	1 379 € à 1 422 €
70 %	980 € à 1 032 €	1 147 € à 1 199 €	1 317 € à 1 369 €	1 423 € à 1 475 €
55 %	1 033 € à 1 107 €	1 255 € à 1 274 €	1 370 € à 1 444 €	1 476 € à 1 550 €
40 %	1 108 € à 1 191 €	1 275 € à 1 358 €	1 445 € à 1 528 €	1 551 € à 1 634 €
25 %	1 192 € à 1 298 €	1 359 € à 1 465 €	1 529 € à 1 635 €	1 635 € à 1 741 €
15 %	1 299 € à 1 404 €	1 466 € à 1 572 €	1 636 € à 1 741 €	1 742 € à 1 847 €

* Ces informations sont mises à jour chaque année en page 4 de la notice d'utilisation du formulaire cerfa.
** Personnes à charge, ou vivant habituellement au foyer et dont les ressources sont prises en compte.
*** Ajouter ensuite 106 € par personne en plus.

• **Sont considérées comme personnes à charge :** le/la conjoint(e), partenaire d'un Pacs ou concubin(e), s'ils sont dépourvus de ressources personnelles ; les enfants de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent des études, les ascendant(e)s ayant des ressources inférieures à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

• **La période de référence** est la dernière année civile, mais il est tenu compte des ressources perçues depuis le 1er janvier de l'année en cours si une modification du niveau des ressources le justifie, par exemple en cas de perte d'emploi *(voir formulaire cerfa, p. 3).*

• **Toutes les ressources sont prises en compte, y compris les aides en nature dont le demandeur bénéficie directement ou indirectement** (à l'exception des prestations familiales, de l'APL, de l'allocation de logement social, et des prestations sociales à objet spécialisé visées à l'article R 262 1 du CASF). Il est également tenu compte des ressources du conjoint, concubin, partenaire d'un Pacs ainsi que des autres personnes vivant habituellement au foyer (ces personnes sont alors aussi prises en compte pour déterminer le plafond de ressources applicable).

Prise en compte abusive par les BAJ de ressources liées à l'hébergeant ou l'hébergement : certains BAJ valorisent à tort les ressources des personnes qui ont donné leur adresse pour que le demandeur reçoive son courrier ou qui l'hébergent alors qu'il n'y a aucune mise en commun des ressources. D'autres BAJ valorisent comme aides en nature l'hébergement à titre gratuit par des tiers alors que la circulaire NOR JUSJO390011C du 6 juin 2003 a préconisé : *« il n'y a pas lieu d'ajouter aux différentes ressources dont le demandeur a directement ou indirectement la jouissance ou la libre disposition l'avantage en nature que représente l'hébergement gratuit, temporaire ou non ».*

• **L'AJ est accordée sans condition de ressources** aux mineurs, aux bénéficiaires du RSA socle, de l'ATA (donc à la plupart des demandeurs d'asile) et de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité (FNS).

ATTENTION

Lorsqu'une personne a gagné l'affaire pour laquelle elle bénéficiait de l'AJ, par exemple en cas d'annulation d'une OQTF, elle en conserve de plein droit et sans aucune autre condition le bénéfice pour se défendre en cas d'appel de la partie adverse. Elle devra déposer au BAJ une nouvelle demande d'AJ en l'indiquant et en mentionnant l'article 8 de la loi n° 91 647 du 10 juillet 1991 qui le prévoit.

DEMANDE (DAJ), INSTRUCTION ET DÉCISION DU BAJ

• **Délai de dépôt de la DAJ :** si le demandeur a intérêt à déposer rapidement sa DAJ afin de bénéficier au plus vite de l'assistance d'un avocat, il peut aussi le faire tant que la juridiction n'a pas statué. Attention toutefois à bien respecter les délais de recours ainsi qu'à deux exceptions :
– dans le cas d'un recours contre une OQTF avec un délai de départ volontaire de 30 jours et notifiée par voie postale *(voir pp. 96 et 97),* la DAJ doit être déposée dans le délai de recours contentieux de 30 jours et au plus tard en même temps que l'introduction du recours au tribunal administratif (TA).
Il n'est plus possible de bénéficier de l'AJ si le TA a été saisi du recours avant le dépôt de la DAJ (art. L 512 1 Ceseda) pour les OQTF notifiées par voie administrative avec un délai de recours de 48 heures, *voir p. 96;*
– dans le cas d'un recours auprès de la CNDA, soit le demandeur adresse directement sa DAJ au BAJ de la CNDA dans un délai d'un mois, soit il dépose d'abord son recours à la CNDA dans ce même délai et doit alors déposer sa DAJ dans le délai d'un mois suivant la date à laquelle il reçoit l'avis de réception de son recours par la CNDA (art. L 731 2 alinéa 2 Ceseda).

• **Conséquences de la DAJ sur les délais de recours :** la date de la DAJ est celle de son dépôt contre reçu au guichet du BAJ ou de son expédition en cas de lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR). En première instance (TA, TGI, CDAS, TASS, etc.) et en appel en matière administrative (CAA, CCAS, Conseil d'État), le dépôt d'une première DAJ (même en cas d'erreur sur le BAJ saisi) interrompt le délai de recours qui va recommencer à courir dans sa totalité à compter de la date de la notification de la décision du BAJ. Il conviendra alors de saisir la juridiction dans ce nouveau délai de recours (30 jours pour un recours contre une OQTF, *voir p. 96).* Certaines règles complexes permettent de proroger un peu ce délai (avis CE, 28 juin 2013, n° 363460) mais sont d'application délicate.

• **Où et comment déposer :** la DAJ doit être adressée en LRAR ou déposée contre reçu :
au BAJ placé auprès du TGI du lieu du domicile (ou de domiciliation) du demandeur ;
au BAJ du lieu de la juridiction quand celle ci est déjà saisie ;
au BAJ du TGI du lieu de la juridiction administrative quand celle ci doit être saisie.

La Cour de cassation, le Conseil d'État et la CNDA disposent de leurs propres BAJ qu'il faut donc saisir. En cas d'erreur sur le BAJ saisi, ce dernier transmet la DAJ au BAJ compétent.

• Constitution pratique du dossier : le formulaire cerfa de demande et sa notice peuvent être imprimés à partir d'Internet ou retirés dans les tribunaux et dans la plupart des mairies. Il doit être rempli avec soin et assorti des pièces justificatives *(voir conseils infra).* L'avis d'imposition ou de non imposition est demandé (ou plusieurs avis si diverses personnes du foyer ont déclaré des revenus). À défaut, il est conseillé de faire en urgence la déclaration de revenus (ou de non revenus) au centre des impôts de son domicile et d'en fournir la copie. Il est recommandé de choisir un avocat compétent qui joindra son accord à la demande. Bien conserver une copie du formulaire cerfa signé, des pièces jointes, et la preuve de dépôt de la DAJ.

• Attention à bien remplir le cerfa n° 12467*01 (4 pages) :
La 1re page est relative à l'état civil du demandeur et à sa situation familiale.
La 2e page est relative à la procédure pour laquelle l'AJ est demandée :
rubrique « votre adversaire » : en cas de contestation d'une décision administrative, il suffit d'indiquer la date de la décision, de sa notification et l'administration signataire ;
rubrique « exposez votre affaire » : il faut résumer brièvement et sans lever le secret médical les raisons du recours (ex. : « l'OQTF ne prend pas en compte mon état de santé/ma vie familiale qui justifie mon admission au séjour en France ») ;
les cases « non » doivent toutes être cochées lorsqu'il s'agit d'un recours non encore introduit en 1re instance (ex. : recours TA contre OQTF) ;
selon qu'un avocat a été ou non choisi, il faudra cocher *« Vous avez choisi un avocat »* ou *« Vous demandez la désignation d'un avocat »*.
La 3e page porte sur les ressources : il n'est pas conseillé d'indiquer l'absence de toutes ressources. Si le demandeur est démuni de ressources financières, il est conseillé de valoriser les aides en nature dont il bénéficie (ex. : *« ligne g, autres ressources : aides en nature 100 euros/mois »*). Si l'hébergeant aide financièrement le demandeur, il faudra alors non pas indiquer la totalité des ressources de l'hébergeant mais valoriser cette aide au titre *« aides de la famille ou de proches »* (ex. : *« ligne g, autres ressources : aide financière ponctuelle 100 euros/mois »*).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Gisti, *Comment bénéficier de l'aide juridictionnelle,* Les notes pratiques, octobre 2014.

La 4e page doit comporter date et signature du demandeur. La rubrique *« informations complémentaires »* peut servir à décrire la précarité sociale et financière du demandeur (hébergement d'urgence, aides alimentaires, AME, CMU C, etc.) et/ou préciser qu'il bénéficie d'un hébergement chez un tiers sans pour autant que celui ci ne le prenne en charge. Dresser la liste des pièces jointes à la DAJ sur cette page ou sur une feuille annexe visée sur cette page.

• **Joindre les pièces justificatives** *(voir notice, p. 5)* dont pièce d'identité ; acte de mariage ; actes de naissance des enfants ; décision contestée ou demande en AR implicitement rejetée ; accord de l'avocat ; lettre motivant la « situation particulièrement digne d'intérêt » ; avis d'imposition ou de non imposition, ou à défaut déclaration au centre des impôts, et tout justificatif des moyens d'existence et de la précarité (AME, prise en charge 115, carte d'aides alimentaires, attestations de professionnels, du tiers hébergeant et du demandeur).

• **Demande de pièces complémentaires par le BAJ :** le BAJ peut solliciter par écrit des pièces complémentaires (son avocat n'en est généralement pas avisé). Le demandeur doit impérativement, dans le délai imparti par le BAJ (souvent 15 jours) et en LRAR (ou par dépôt au BAJ contre reçu), soit transmettre ces pièces, soit motiver l'impossibilité de le faire. Si le BAJ s'estime insuffisamment renseigné, il peut prononcer une décision de caducité qui n'est pas susceptible de recours. Dans ce cas, il faut immédiatement faire une nouvelle DAJ et introduire le recours devant la juridiction compétente car la nouvelle DAJ n'interrompt pas de nouveau le délai de recours.

• **Décisions du BAJ et recours :** le BAJ peut accorder l'AJ totale ou partielle, rendre une décision de caducité ou de rejet. De nombreux rejets étant abusifs, il ne faut pas hésiter à les contester par un recours motivé en LRAR dans les conditions précisées dans la décision du BAJ (délai de 15 jours, sauf 8 jours pour l'AJ à la CNDA).

DOMICILIATION

Pour les personnes sans domicile stable, l'accès à une adresse de domiciliation est fondamental pour garantir l'exercice de leurs droits et conserver un ancrage dans la vie sociale et citoyenne. Le droit à une domiciliation postale ou administrative est garanti par les textes, bien que de manière restrictive pour la domiciliation administrative des personnes non citoyennes de l'Union européenne (UE) et en situation administrative irrégulière en France. Mais l'exercice de ce droit reste encore largement entravé dans la pratique.

Voir aussi Dépôt et instruction de la demande, p. 50

REPÈRES FONDAMENTAUX

• Adresse personnelle, hébergement chez un tiers, ou domiciliation administrative ou postale : pour accéder à des droits, services ou prestations, ou tout simplement pour recevoir du courrier, toute personne a besoin d'une adresse. Plusieurs situations sont alors possibles :

elle dispose ou partage un hébergement personnel ou familial : elle peut justifier d'un justificatif de domicile personnel (quittances de loyer, factures EDF, GDF, etc.) ;

elle est effectivement hébergée chez un tiers : elle peut justifier d'une attestation d'hébergement de ce tiers (particulier ou structure d'hébergement) comme justificatif de domicile;

elle ne dispose pas d'un hébergement stable, ou le tiers qui l'héberge ne souhaite pas qu'elle utilise son adresse pour recevoir du courrier : elle a besoin d'une domiciliation (ou élection de domicile) pouvant être soit « administrative », soit simplement « postale »; elle peut alors justifier d'une attestation de domiciliation.

Dans tous les cas, il est essentiel de sensibiliser les personnes sur l'importance de relever leur courrier de manière hebdomadaire et de s'assurer que la « boîte aux lettres » choisie est fiable.

• Domiciliation et principe déclaratif de l'adresse : le droit à une domiciliation administrative ou postale doit être distingué du « principe déclaratif de l'adresse ». Selon ce principe, les personnes *« qui déclarent aux administrations publiques et aux organismes sociaux leur domicile ne sont pas tenues de présenter des pièces justificatives »*, sauf exceptions limitativement énumérées dont les procédures d'obtention d'un titre de séjour ou l'acquisition de la nationalité française (décret modifié n° 2000 1277 du 26 déc. 2000, art. 6 et 7). Ce principe est notamment valable pour l'accès à tous les droits sociaux (assurance maladie, AME, RSA, etc.) : il interdit, contrairement aux pratiques fréquentes des caisses de protection sociale, d'exiger un justificatif de domicile (adresse personnelle ou attestation d'hébergement chez un tiers) des personnes déclarant *« leur domicile »* ; en revanche, si une personne estime ne pas être en mesure de déclarer *« un domicile »* où recevoir son courrier, elle devra recourir à une domiciliation administrative ou postale et en justifier par la production d'une attestation de domiciliation.

• Le droit à la domiciliation des mineurs : rien dans la réglementation ne fait obstacle à la possibilité pour les mineurs de bénéficier d'une domiciliation administrative ou postale. En matière d'accès aux soins, le respect de ce droit est essentiel compte tenu des possibilités pour les mineurs d'ouvrir des droits à la protection maladie de manière autonome. Si l'exercice de ce droit peut poser des difficultés en l'absence de tout contact avec un représentant légal du mineur, la continuité des soins et l'intérêt de l'enfant doivent conduire à sa domiciliation de manière prioritaire *(voir Accès aux soins des mineurs, p. 289).*

• Les dispositifs de domiciliation administrative : depuis la loi dite « ALUR » (26 mars 2014) ayant unifié le dispositif spécifique de domiciliation administrative pour les demandes AME avec le dispositif de droit commun, peuvent être distingués :
– la domiciliation administrative de droit commun (art. L 264 1 et suiv. CASF) qui a lieu auprès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS dont certains ont conclu des conventions de partenariat avec les hôpitaux), ou des associations agréées pour l'un ou plusieurs des dispositifs de domiciliation, ou encore d'autres organismes domiciliataires spécifiques (CHRS, SIAO, Cada, services sociaux des conseils généraux, hôpitaux, etc.) ;
– la domiciliation administrative spécifique dite « asile », toujours obligatoire fin 2014 lorsqu'une personne ne pouvant justifier d'une adresse personnelle ou d'une attestation

d'hébergement chez un tiers demande auprès de la préfecture son admission au séjour au titre de l'asile (art. R 741 2 4° Ceseda ; art. L 264 10 alinéa 1 CASF) ; elle a lieu le plus souvent auprès d'associations spécialement agréées pour ce dispositif, mais les CCAS/CIAS peuvent également y procéder ;
– le dispositif dit « d'inscription dans une commune de rattachement » pour les gens du voyage non sédentaires (loi n° 69 3 du 3 janvier 1969).
Ces deux derniers dispositifs sont susceptibles d'être supprimés à partir de 2015.
Enfin, il existe **un dispositif très subsidiaire d'élection de domicile auprès de l'établissement pénitentiaire pour les personnes détenues** (loi n° 2009 1436 du 24 nov. 2009, art. 30, *voir aussi Prison, p. 107).*

• La domiciliation postale ou de correspondance :
les personnes qui ne peuvent pas recourir au dispositif de domiciliation administrative de droit commun *(voir infra),* ou celles qui, sans en être privées, n'entendent pas accéder aux droits et prestations visés à l'article L 264 1 du CASF, peuvent toujours décider, avec son accord, de donner l'adresse d'un tiers de confiance (particulier, association ou autre) pour y recevoir leur courrier et bénéficier ainsi d'une domiciliation dite « postale » ou « de correspondance ». Un tel droit, pourtant rappelé par le Conseil constitutionnel (QPC CC n° 2013 347 du 13 oct. 2013), reste largement méconnu par les institutions publiques ou privées.

Extraits QPC CC n° 2013-347 du 13 octobre 2013 :

« Le droit au respect de la vie privée résulte de l'article 2 de la Déclaration de 1789 ; (…) ***les dispositions contestées*** [fixant le régime de la domiciliation de droit commun, articles L 264 1 et suiv. du CASF] ***n'ont ni pour objet ni pour effet d'interdire aux personnes de nationalité étrangère sans domicile stable et en situation irrégulière sur le territoire français d'établir la domiciliation de leur correspondance ;*** elles ne portent [donc] aucune atteinte au droit d'entretenir une correspondance ; le grief tiré de l'atteinte au droit au respect de la vie privée doit [donc] être écarté. »

LE DROIT À LA DOMICILIATION ADMINISTRATIVE DE DROIT COMMUN

• Les citoyens de l'Union européenne (UE), de l'Espace économique européen (EEE) ou de la Confédération suisse en situation administrative régulière ou irrégulière en France, ainsi que les autres étrangers résidant régulièrement en France peuvent bénéficier de ce dispositif pour accéder à l'ensemble des droits, services et prestations. L'attestation d'élection de domicile en cours de validité est alors opposable à tout tiers (caisses de protection sociale, préfectures et autres administrations, banques, etc.) sans aucune restriction possible (art. L 264 3 CASF).

• Les personnes étrangères en situation administrative irrégulière et non citoyennes de l'UE, de l'EEE ou de la Confédération suisse peuvent également accéder à ce dispositif et s'en prévaloir, sans aucune restriction (art. L 264 3 CASF), dès lors qu'elles sollicitent l'AME, l'aide juridictionnelle ou entendent exercer « les droits civils » (le contenu des « droits civils » devrait être précisé par voie de circulaire ministérielle en 2015, voir aussi les art. 7 à 15 et 102 du Code civil) qui leur sont reconnus par la loi (art. L 264 2 alinéa 3 CASF).

• Quelle que soit leur situation administrative, les personnes sans domicile stable peuvent solliciter cette domiciliation de droit commun auprès d'un CCAS/CIAS qui a l'obligation d'y procéder sauf si le demandeur ne présente aucun lien avec la commune (ou a déjà élu domicile dans une autre commune). Le « lien avec la commune » ou « l'installation sur la commune » doivent être entendus largement au regard de la situation spécifique des personnes qui sont par définition sans domicile stable. Il peut en être justifié par tout moyen et aucune durée minimale de présence sur la commune n'est requise (art. L 264 4 et R 264 4 CASF ; point 2.2.1 circ. DGAS/MAS/2008/70 du 25 févr. 2008). Les organismes domiciliataires ne sont pas compétents pour contrôler le droit au séjour du demandeur, ni vérifier s'il remplit les conditions pour prétendre aux droits pour lesquels il sollicite le bénéfice de la domiciliation.
En pratique, l'accès à ce dispositif reste toutefois largement entravé faute de moyens dédiés, de coordination territoriale et des pratiques restrictives des organismes domiciliataires.

JUSTIFICATIFS DE DOMICILE, DOMICILIATION ET DÉMARCHES PRÉFECTORALES

• La plupart des préfectures refusent l'enregistrement des demandes d'admission au séjour des personnes démunies d'un justificatif d'adresse personnelle ou d'une attestation d'hébergement chez un tiers. Ces pratiques abusives empêchent la régularisation ou le renouvellement du droit au séjour des personnes sans domicile stable et/ou les conduisent à utiliser des justificatifs de domicile correspondant à des hébergements fictifs/provisoires alors que la procédure préfectorale va durer de nombreux mois et que les préfectures renforcent le contrôle des « hébergeants » (obligation de se présenter en préfecture, contrôle à domicile, voire poursuites pénales, etc.).

• Ces pratiques préfectorales sont contraires à la loi (art. L 264-2 alinéa 3 et L 264-3 CASF) s'agissant des personnes, soit citoyennes de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse en situation administrative régulière ou irrégulière, soit non citoyennes de ces États mais en situation administrative régulière (procédures de renouvellement de titre de séjour, personnes sous visa, reconnues réfugiées ou bénéficiaires de la protection subsidiaire, etc.), qui sont en possession d'une attestation de domiciliation administrative de droit commun en cours de validité.

• S'agissant des étrangers non citoyens de l'UE, de l'EEE ou de la Suisse en situation administrative irrégulière, et malgré la complexité à exercer les recours nécessaires, ces pratiques entraînent une discrimination fondée sur la situation de « sans domicile stable » contraire aux droits fondamentaux des personnes *(voir références bibliographiques).*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Droit des personnes sans domicile stable de faire des démarches préfectorales,* Note pratique 2014

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

Gisti, *Sans papiers mais pas sans droits,* Les notes pratiques, 2013

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

DEMANDEURS D'ASILE

Attention : fin 2014, le gouvernement travaille à une refonte du droit d'asile afin de transposer les deux directives européennes « accueil » et « procédures » adoptées en 2013 *(voir Droit d'asile, p. 31)*. Le projet de loi prévoit notamment de remplacer la procédure prioritaire par la procédure accélérée, le versement de l'allocation temporaire par l'Ofii (Office français de l'immigration et de l'intégration), et de prendre en compte la composition familiale.

Voir aussi Protection maladie, p. 263 et Aide juridictionnelle, p. 129

Les exilés qui demandent le statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire n'ont pas le droit de travailler pendant la durée de la procédure, mais peuvent percevoir une allocation temporaire d'attente sous certaines conditions.
La réglementation française exclut les demandeurs d'asile des prestations familiales et des allocations logement, le dispositif d'accueil spécifique étant orienté vers un hébergement systématique dans les centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada). Cependant, pour l'année 2011, seuls 25 % de l'ensemble des demandeurs ont pu accéder à un Cada.

DROIT AU TRAVAIL

• **Les demandeurs d'asile ne sont pas autorisés à exercer un emploi** quels que soient le stade de la procédure et le titre de séjour afférent (convocation, APS, récépissé). En droit, ils n'ont pas interdiction d'exercer un emploi, mais se trouvent *« soumis aux règles de droit commun applicables aux travailleurs étrangers pour la délivrance d'une autorisation de travail, la situation de l'emploi leur étant opposable »* (circulaire du Premier ministre du 26 sept. 1991 relative à la situation des demandeurs d'asile au regard du marché du travail, NOR : PRMX 9110260D JO, du 27 sept. 1991). En pratique, ce texte empêche effectivement l'accès au marché du travail.

• Depuis août 2005, il est cependant possible de demander une autorisation de travail sous certaines conditions :
soit le demandeur d'asile est en attente d'une réponse de l'Ofpra depuis au moins 1 an (pour des raisons qui ne lui sont pas imputables), soit il a fait un recours auprès de la CNDA ;
il doit produire une promesse d'embauche ou un contrat de travail d'une durée supérieure à 4 mois **et** fournir son récépissé, la lettre d'enregistrement à l'Ofpra ou le reçu de recours délivré par la CNDA **et** justifier d'une adresse identique à celle du récépissé.
Par ailleurs, les intéressés sont soumis aux règles de droit commun et la situation de l'emploi leur est opposable (art. R 742 2 et 3 du Ceseda). Les demandes se font auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte).
Une fois l'autorisation obtenue, le demandeur peut aller faire modifier son récépissé à la préfecture (par ajout de la mention « ce récipissé autorise à travailler »).

ALLOCATION TEMPORAIRE D'ATTENTE (ATA) SERVIE PAR PÔLE EMPLOI

• L'allocation temporaire d'attente, définie par les articles L 5423 8 et suivants du Code du travail (CT) constitue la transposition de l'article 2j de la directive européenne « accueil ».

• Conditions relatives à la demande d'asile ou au statut.
Cette allocation concerne toutes les formes de demande d'asile pendant toute la durée de la procédure (depuis l'arrêt CE du 16 juin 2008 n°300636, la circulaire n° NORIMMIMO900085C du 3 nov. 2009 relative à l'allocation temporaire d'attente, puis l'arrêt CE du 7 avril 2011 n° 335924). Sont également éligibles les étrangers bénéficiaires de la protection subsidiaire pendant la durée du bénéfice de la protection (art. 5423 19 CT), et les étrangers bénéficiaires de la « protection temporaire » (accordée par décision de l'Union européenne). Les personnes placées sous protection subsidiaire ont également droit au RSA (Revenu de solidarité active), comme les réfugiés statutaires.

• Demandeurs d'asile exclus de l'allocation temporaire d'attente. Sont exclus (art. L 351 9 et L 351 9 1 CT) les demandeurs d'asile :
hébergés en Cada ;

ayant refusé une proposition d'hébergement en Cada (dans ce cas, le versement de l'ATA préalablement accordée est arrêté).

• **Condition d'âge : l'ATA est servie à partir de 18 ans.** Les mineurs sont donc exclus et restent sans ressource spécifique. Les mineurs ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'ATA du parent/tuteur. Depuis la directive européenne accueil du 27 janvier 2003, il n'y a pas de limite d'âge, les demandeurs d'asile âgés de plus de 65 ans peuvent y prétendre.

• **Condition de domiciliation effective.** Selon l'article L 5423 10 du CT, le demandeur qui ne serait pas hébergé en Cada (et n'aurait pas refusé une proposition d'hébergement en Cada) doit attester auprès de Pôle emploi de son « adresse de domiciliation effective » sous peine de perdre le bénéfice de l'ATA.

• **Il faut demander l'ATA à l'agence Pôle emploi de son lieu de domicile** (adresse auprès de la mairie). Les demandeurs d'asile doivent donc s'inscrire sur la liste des demandeurs d'emploi, bien qu'ils ne soient pas autorisés à travailler.

• **Documents nécessaires :**

le récépissé « constatant le dépôt d'une demande d'asile » délivré par la préfecture est le seul document explicitement prévu par les textes ;

la lettre d'enregistrement de l'Ofpra ou le reçu du recours devant la CNDA (sauf pour les demandeurs d'asile placés en procédure prioritaire qui sont exclus de ce droit dès la réponse de l'Ofpra) sont demandés en pratique ;

la justification de son adresse effective ;

un relevé d'identité postale ou bancaire : ce document est le plus souvent exigé par Pôle emploi afin de procéder à des virements, et l'on observe la disparition quasi systématique de lettre chèque. L'absence de compte bancaire constitue ainsi un véritable obstacle à l'ATA.

> L'article 6 de la directive accueil du 27 janvier 2003 prévoit la remise au demandeur d'asile d'un document à son nom et renouvelable, document qui pourrait permettre l'ouverture d'un compte bancaire.

Montant de la prestation : 11,35 € par jour (soit 340,50 € pour un mois de 30 jours) selon le décret n° 2013 1274 du 27 décembre 2013.

• **Durée :** durant la période d'instruction de la demande d'asile et jusqu'à la décision définitive d'acceptation ou de refus du statut de réfugié.

• **Dates de versement :** l'indemnisation débute à la date d'inscription à Pôle emploi et sur présentation du récépissé. Le premier versement de l'allocation est effectué au début du mois suivant. Le versement se poursuit à chaque début de mois.

• **Fin de versement.** L'interruption du versement est définitive lorsque la procédure d'asile est terminée (soit par un rejet, soit par un accord).

Il est possible d'accéder, avec l'accord de la personne, à son espace et de gérer son dossier sur le site internet de Pôle emploi : http://www.pole emploi.fr. Se munir de l'identifiant, du code confidentiel envoyé par Pôle emploi et du code postal du demandeur.

ATTENTION

L'étranger qui sollicite le réexamen de sa demande est maintenu à l'ATA.

PRESTATIONS FAMILIALES ET ALLOCATIONS LOGEMENT

• **La réglementation française exclut les demandeurs d'asile de toutes les prestations familiales et de toutes les allocations logement,** les titres de séjour délivrés ne figurant pas dans la liste des documents ouvrant droit au bénéfice de ces prestations (art. D 511 1 CSS). Ces dispositions restrictives du Code de la sécurité sociale appliquées par les caisses d'allocations familiales (CAF) pourraient cependant être remises en cause sur la base du droit international.

En cas de rejet d'une demande, il est théoriquement possible de faire un recours devant le Tribunal des affaires de Sécurité sociale (Tass), en invoquant le fait qu'un demandeur d'asile est présumé réfugié de par la convention de Genève, laquelle est d'une force supérieure à la loi française. Le défaut de titre de séjour exigé par la loi française ne serait donc pas opposable au demandeur d'asile se prévalant de la convention de Genève. L'article 3 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 décembre 1989 devrait également permettre de remettre en cause la pratique actuelle des CAF. À ce jour, ce type de contentieux n'a pas été mené à son terme.

Les demandeurs d'asile qui sont reconnus réfugiés ou « protégés subsidiaires » acquièrent le droit aux prestations familiales avec rétroactivité depuis la date de leur entrée en France, et doivent en réclamer le bénéfice auprès de la CAF de leur lieu de domicile (circ. CNAF n° 2008 030 du 29 oct. 2008 et lettre ministérielle du 26 mai 2010 pour les réfugiés ; circ. CNAF LC 2013 116 du 23 juill. 2013 pour les « protégés subsidiaires ».

HÉBERGEMENT

• Les demandeurs d'asile relèvent d'un dispositif d'hébergement spécifique appelé Dispositif national d'accueil (DNA) dont la coordination est assurée par l'Ofii *(voir p. 28).*
Les plateformes d'accueil informent les demandeurs qu'une place leur est réservée. L'hébergement est assuré dans des centres d'accueil de demandeurs d'asile (Cada) répartis sur tout le territoire national. D'après le décret n° 2012 113 du 31 janvier 2013, les Cada doivent fournir l'hébergement, l'accompagnement dans la procédure de demande d'asile, organiser la scolarisation des enfants, organiser des activités de loisirs et occupationnelles ; prévoir des visites médicales et fournir une aide dans les démarches liées à la santé. Ils peuvent prévoir la restauration. Ce dispositif est financé entièrement sur les fonds de l'État, et sa gestion financière est confiée aux directions départementales de la cohésion sociale (DDCS).

• Le système d'hébergement tend à s'organiser comme suit, sous réserve de la disponibilité des places en Cada :

seuls les demandeurs d'asile « admis au séjour » c'est à dire titulaires du récépissé ou de l'APS, sont éligibles à un hébergement en Cada, ce qui parfois peut prendre des mois après la 1re démarche. Les demandeurs d'asile placés en procédure prioritaire, suite à une décision de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE), peuvent également prétendre à une place en Cada jusqu'à la décision de l'Ofpra ;

lors de la délivrance de l'APS au titre de l'asile *(voir p. 31),* la préfecture interroge le demandeur d'asile pour savoir s'il souhaite une prise en charge par le DNA ;

selon l'article R 348 2 du CASF, la décision d'admission est prise par le gestionnaire de l'établissement avec l'accord du préfet du département du lieu d'implantation. Dans la pratique, c'est le préfet de région ou le ministère de l'Intérieur qui oriente les personnes par le biais du logiciel DN@ géré par l'Ofii ;

les plateformes d'accueil informent le demandeur qu'une place lui est attribuée ;

dans l'attente d'une proposition de place en Cada, le demandeur d'asile pourra bénéficier de l'allocation temporaire d'attente (ATA, *voir supra).*

Le dispositif des Cada est engorgé dans certaines régions et les délais d'attente sont de plusieurs mois. Une des réponses à cet engorgement peut être une prise en charge au titre de l'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (Huda).

• **La sortie du Cada.** En cas de rejet définitif ou d'accord de la demande d'asile, les gestionnaires de Cada sont invités à organiser la sortie du Cada selon des délais définis par l'article 5 du décret n° 2013 113 du 31 janvier 2013. Ce texte précise qu'à titre exceptionnel et temporaire la personne hébergée ayant obtenu le statut de réfugié ou le bénéfice de la protection subsidiaire, si elle le demande, peut être maintenue dans le centre pour une durée limitée à 3 mois à compter de la date de notification, avec l'accord du préfet, renouvelable 1 fois. La personne déboutée, si elle en fait la demande, peut être maintenue pour une durée maximale de 1 mois à compter de la date de notification de la décision définitive.

TRANSPORTS EN COMMUN À TARIF RÉDUIT

• **Les bénéficiaires de la complémentaire-CMU (ou de l'Aide médicale État) ont droit à une réduction sur le prix des abonnements (mensuels et hebdomadaires) et sur celui des billets à l'unité dans certains départements.** Cette réduction concerne aussi les autres membres de la famille (les ayants droit). Pour tout renseignement, s'adresser à l'opérateur local de transport urbain.

Loi n° 2000-1208 du 13 décembre 2000 relative à la solidarité et au renouvellement urbain
Section 4 - Mettre en œuvre le droit au transport

Article 123 Dans l'aire de compétence des autorités organisatrices de transport urbain de voyageurs, les personnes dont les ressources sont égales ou inférieures au plafond fixé en application de l'article L 861 1 du Code de la Sécurité sociale bénéficient de titres permettant l'accès au transport avec une réduction tarifaire d'au moins 50 % ou sous toute autre forme d'une aide équivalente. Cette réduction s'applique quel que soit le lieu de résidence de l'usager.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

CFDA, *Droit d'asile en France : conditions d'accueil état des lieux 2012,* Rapport de la coordination française pour le droit d'asile, http://cfda.rezo.net/

Comede, *Demandeurs d'asile vulnérables, enjeux et dangers,* Maux d'exil n° 44, juin 2014

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

Ofpra, Office français de protection des réfugiés et des apatrides, http://www.ofpra.gouv.fr

ÉTRANGERS MALADES

Une personne remplissant les conditions de l'admission au séjour pour soins bascule d'un statut à l'autre au cours de son parcours administratif. Les droits sociaux auxquels l'étranger malade ou accompagnant d'une personne malade peut prétendre diffèrent selon le statut administratif dans lequel il se trouve. Résultant souvent de pratiques irrégulières de la préfecture, ce basculement entre différents statuts administratifs complexifie l'accès à la protection sociale et provoque des ruptures dans la continuité du bénéfice des droits.

Voir aussi Protection maladie, p. 263, Droit au travail, p. 141 Transports en commun à tarif réduit, p. 145, Droit à la domiciliation, p. 135

HÉBERGEMENT

Le site du Samu social http://115juridique.org/ fournit des outils pour aider les sans abri, quelle que soit leur situation administrative, à faire valoir leur droit à être hébergés. Il contient des jurisprudences et des modèles de lettres pour les démarches à effectuer.

• **L'hébergement en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) est ouvert à toute personne,** seule, en couple ou en famille, pour une durée variable (art. L 312 1 8° du Code de l'action sociale et des familles, CASF). Il n'y a pas de condition de régularité de séjour pour les étrangers (art. L 111 2 2° CASF) et les étrangers sans titre de séjour peuvent donc légalement y être hébergés. Il est le plus souvent décidé au vu du projet d'insertion sociale et professionnelle du postulant. Les modes d'admission varient selon les structures (courrier, appel téléphonique, entretien...). La demande se fait auprès du SIAO insertion du département. Tout refus d'admission fondé exclusivement sur le défaut de titre de séjour peut être contesté par recours hiérarchique devant la direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ou le conseil général, ou par recours contentieux.

• **L'hébergement en centre d'hébergement d'urgence (CHU) permet un accueil d'une nuit renouvelable.** C'est le dispositif de « veille sociale » prévu à l'article L 345 2 CASF qui centralise l'offre d'hébergement d'urgence sur le département. Souvent confiée à des structures départementales dites « Samu social », cette coordination est accessible en téléphonant au 115 (numéro

gratuit, accessible des cabines publiques même sans carte de téléphone). L'article L 345 2 3 du CASF précise que *« toute personne accueillie dans une structure d'hébergement d'urgence doit pouvoir y bénéficier d'un accompagnement personnalisé et y demeurer, dès lors qu'elle le souhaite, jusqu'à ce qu'une orientation lui soit proposée »*. Le Code prévoit donc que la personne prise en charge par le 115 ne peut pas être remise à la rue, ce qui est contredit par la pratique.

Le Conseil d'État a consacré le droit à l'hébergement d'urgence des personnes sans abri en situation de détresse médicale, psychique et sociale comme une nouvelle liberté fondamentale (arrêt Fofana du 10 févr. 2012, n° 356456).

• Les lits halte soins santé (LHSS) sont des structures médico-sociales qui accueillent des personnes sans abri nécessitant des soins médicaux, mais dont l'état de santé ne justifie pas ou plus une hospitalisation, en évitant ainsi l'aggravation des pathologies et les situations d'exclusion du système de soins. Les LHSS accueillent 24 heures sur 24 et 365 jours par an. La durée de séjour prévue est de 2 mois au maximum. Il n'y a pas de condition de régularité de séjour pour les étrangers pour y être accueilli (art. D 312 176 1 CASF).

• Le dispositif des appartements de coordination thérapeutique (ACT) a pour mission d'accompagner les personnes vers une réinsertion sociale compatible avec leur état de santé. Ils sont destinés à héberger temporairement des personnes en situation de précarité touchées par une pathologie chronique invalidante et ayant besoin de soins (art. L 312 1 9° CASF). Rien n'interdit à une personne étrangère en situation irrégulière de solliciter un hébergement en ACT. Les dépenses de son séjour sont prises en charge par l'assurance maladie (circulaire DGS (SD6/A)/DGAS/DSS n° 2002 551 du 30 oct. 2002). Cela signifie que toute personne pour qui des démarches en préfecture seraient entamées peut bénéficier d'un hébergement en ACT *(voir Protection maladie, p. 263).*

AIDE SOCIALE À L'ENFANCE (VOIR P. 158)

• L'aide sociale à l'enfance (ASE) est une compétence obligatoire des départements (art. L 121 5 et L 228 4 CASF). Le service de l'ASE fournit deux types d'aides :

- les aides à domicile : intervention d'un aidant à domicile, intervention éducative, versement d'aides financières sous forme de secours exceptionnels ou d'allocations mensuelles, etc. ;
- la prise en charge sous forme d'accueil et d'hébergement : pour les femmes enceintes et les mères isolées avec leurs enfants de moins de 3 ans ayant besoin d'un soutien matériel et psychologique, pour les mineurs qui ne peuvent rester provisoirement au sein de leur milieu familial, etc.

• L'ensemble des prestations d'aide sociale à l'enfance sont accessibles aux étrangers quelle que soit leur situation administrative (art. L 111 2 CASF).

REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE (RSA)

• Outre les conditions de ressources imposées à l'ensemble des bénéficiaires du RSA, les ressortissants étrangers sont soumis à des conditions spécifiques de séjour.

• L'étranger doit justifier (sauf s'il est réfugié, apatride ou bénéficiaire de la protection subsidiaire ou en possession d'une carte de résident), être titulaire depuis au moins 5 ans d'un titre de séjour l'autorisant à travailler (art. L 262 4 2° CASF). Cette période de séjour préalable peut être accomplie sous couvert d'une succession ininterrompue de titres de séjour avec autorisation de travail, quelle qu'en soit la nature : carte de résident, carte de séjour temporaire toutes mentions confondues dès lors qu'elle autorisait à travailler, APS ou récépissés avec autorisation de travail, etc. (circulaire CNAF n° 2012 014 du 27 juin 2012 suivi législatif du RSA).

• La condition d'ancienneté de séjour régulier n'est pas opposable aux ressortissants algériens, ni à leur conjoint, concubin ou pacsé, ce que la CNAF a reconnu (lettre circulaire n° 2010 67 du 21 avril 2010 sur le RSA, non publiée, disponible sur le site du Gisti et circulaire CNAF n° 2012 014 du 27 juin 2012, suivi législatif du RSA). Cela fait suite à un arrêt du Conseil d'État du 9 novembre 2007 qui a statué sur l'absence de bien fondé de l'exigence de la condition de 5 ans au regard du principe de l'égalité de traitement avec les nationaux, issu de l'article 7 de la déclaration de principe du 19 mars 1962 relative à la coopération économique et financière entre la France et l'Algérie.

La condition d'ancienneté de séjour régulier n'est pas conforme aux textes internationaux.

Sur la base des accords UE États tiers ou des conventions bilatérales SS ou des conventions d'établissement ou des conventions multilatérales (CSE, conventions OIT), et surtout de la directive 2011/98/UE du 13 décembre 2011, il est possible de contester cette condition de 5 ans comme contraire à la clause d'égalité de traitement qu'ils prévoient.
Voir note du Gisti, Minima sociaux, RSA, Aspa, ASI, comment contester la condition de 5 ans de résidence.

• Le montant du RSA dépend de la composition du foyer. Sont prises en considération au titre du foyer (art. L 262 5 CASF et circulaire CNAF n° 2012 014 du 27 juin 2012, suivi législatif du RSA) :

les personnes majeures à la charge du demandeur. Il s'agit du conjoint, du concubin ou du partenaire pacsé, des enfants majeurs de moins de 25 ans, ou de toute autre personne de moins de 25 ans vivant au foyer du demandeur (un lien familial est exigé pour les personnes arrivées après leur 17e anniversaire). Tous les majeurs doivent être en situation régulière. Le conjoint, concubin ou partenaire pacsé, sauf s'il est algérien, doit justifier remplir la condition d'ancienneté de 5 ans de séjour régulier ;

les mineurs nés en France ou entrés dans le cadre du regroupement familial (le certificat médical remis à cette occasion est exigé). Cette dernière exigence peut être contestée comme en matière de prestations familiales *(voir infra).*

• La condition d'ancienneté de séjour ne s'applique pas aux personnes isolées qui remplissent les conditions pour bénéficier du RSA majoré (ancienne allocation parent isolé). Le RSA majoré est accessible dès que la personne est en situation régulière si elle assume la charge d'un ou de plusieurs enfants ou est enceinte (art. L 262 9 CASF). En revanche, lorsque les conditions pour bénéficier du RSA majoré cessent d'être remplies, les conditions de séjour et d'ancienneté de séjour imposées pour le bénéfice du RSA retrouvent à s'appliquer.

ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS

• Les personnes souffrant d'une incapacité de travail et disposant de faibles ressources peuvent bénéficier de l'allocation adulte handicapé (AAH). La demande se fait auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), qui détermine le taux d'incapacité de la personne. La caisse d'allocations familiales (CAF) est ensuite chargée du versement de cette allocation. Contrairement à la MDPH, la CAF est compétente pour vérifier que la personne remplit ou non les conditions relatives à la régularité de séjour.

• Les étrangers doivent justifier (art. D 821-8 et D 115-1 CSS) d'une carte de résident, d'une carte de séjour temporaire, d'un certificat de résidence algérien, d'un récépissé de renouvellement (quelle qu'en soit sa durée de validité) de l'un de ces titres, ou encore d'un récépissé portant la mention

« réfugié » ou « protégé subsidiaire », ou d'un récépissé de 6 mois portant la mention « étranger admis au titre de l'asile ».

• Les récépissés de première demande et les APS (même de 6 mois avec droit au travail) n'autorisent pas l'accès à l'AAH. Pour cette raison notamment, il est indispensable de contester les pratiques préfectorales qui consistent en la délivrance d'une APS en lieu et place d'une CST alors même que la personne justifie d'une résidence en France depuis plus de 1 an. *(voir Droit au séjour pour raison médicale, p.39).*

• Les ressortissants algériens en situation régulière, y compris titulaires d'une APS ou d'un récépissé, ont droit au bénéfice de l'AAH au regard du principe de l'égalité de traitement avec les nationaux, issu de l'article 7 de la déclaration de principe du 19 mars 1962 relative à la coopération économique et financière entre la France et l'Algérie.
En pratique, les CAF n'appliquent pas ces dispositions.

PRESTATIONS FAMILIALES

• Les étrangers titulaires d'une carte de résident, d'une carte de séjour de 1 an ou d'un certificat de résidence algérien, d'un récépissé de renouvellement de l'un de ces titres ou d'une autorisation provisoire de séjour d'une validité supérieure à 3 mois (voir liste complète à l'art. D 512-1 CSS) peuvent obtenir les prestations familiales (comprenant notamment les allocations familiales, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et les allocations logement à caractère familial).

• L'enfant pour lequel les prestations familiales sont demandées doit répondre à des conditions énumérées à l'article L 512-2 et D 512-2 du CSS, qui dressent la liste des justificatifs à fournir. Les conditions les plus fréquemment problématiques sont les suivantes :

l'enfant doit être entré en France au plus tard en même temps qu'un de ses parents titulaires d'une CST mentionnée au 7° de l'article L 313 11 du Ceseda ou 6 5° de l'accord franco algérien. La preuve est apportée par une attestation délivrée par l'autorité préfectorale. C'est à la CAF de demander aux préfectures cette attestation (instruction NOR IMIM1000108C du 12 mai 2010). Dans la pratique, il peut être difficile d'obtenir cette attestation des services préfectoraux ;

l'enfant doit être entré en France dans le cadre du regroupement familial. Pour justifier d'une entrée au titre

du regroupement familial, la CAF demande le certificat médical délivré par l'Ofii. Or, très souvent, les enfants ont rejoint leurs parents en France hors de la procédure du regroupement familial et les prestations familiales sont donc refusées sur ce motif.

• La condition d'entrée de l'enfant dans le cadre du regroupement familial peut être contestée dans le cadre d'un recours contre le refus de la CAF, les articles du CSS posant cette condition n'étant pas conformes à des engagements internationaux. De nombreux recours devant la commission de recours amiable (CRA) des CAF ont permis d'ouvrir des droits (en cas de refus de la CRA, il faut saisir le Tribunal des affaires de Sécurité sociale).

• Si les conditions en sont remplies, les prestations familiales peuvent être obtenues rétroactivement pour une période de 2 ans avant la date de la demande selon l'article L 553 1 du CSS. Les personnes bénéficiaires du statut de « réfugié » ou de « protégé subsidiaire » ont rétroactivement le droit, si elles ont fait la demande, au bénéfice des prestations familiales depuis la date de leur entrée en France (circ. CNAF nº 2008 030 du 29 oct. 2008 et lettre ministérielle du 26 mai 2010 pour les réfugiés ; circ. CNAF LC 2013 116 du 23 juill. 2013 pour les protégés subsidiaires).

Voir *Les prestations familiales pour les enfants entrés en France hors regroupement familial,* Les cahiers juridiques, Gisti, avril 2014

SCOLARISATION OBLIGATOIRE DES ENFANTS

• Tous les enfants ayant de 6 à 16 ans présents en France doivent être scolarisés quelle que soit la situation administrative de leurs parents ou responsables légaux. Il n'y a de condition ni de titre de séjour ni d'entrée dans le cadre du regroupement familial pour l'enfant. Seuls doivent être prouvés l'identité de l'enfant et des parents, le domicile (justificatif de domicile personnel, hébergement chez un tiers ou domiciliation administrative) et la mise à jour des vaccins de l'enfant (art. L 311 4 Code de l'éducation).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Hébergement d'urgence et détresse médicale,* Maux d'exil nº 43, mars 2014

Gisti, *La scolarisation des enfants étrangers,* Les cahiers juridiques, juin 2007

Gisti, *Sans papiers mais pas sans droits,* 6e édition, Les notes pratiques, juillet 2013

RESF, Réseau éducation sans frontières, www.educationsansfrontieres.org

MIGRANTS ÂGÉS ET RETRAITÉS

Les migrant(e)s âgé(e)s constituent une population particulièrement vulnérable en matière de santé et d'accès aux droits sociaux.
Ces personnes font notamment l'objet de contrôles ciblés sur la condition de résidence en France, alors même que cette condition s'applique à tous, Français et étrangers. Il est important de connaître les droits sociaux qui leur sont reconnus par les textes, ainsi que les recours à effectuer le cas échéant.

Voir aussi Protection maladie, p. 263 et Transports en commun à tarif réduit, p. 145

RETRAITE

• **Le risque vieillesse** est couvert par une cotisation de Sécurité sociale versée tant par l'employeur, que par le salarié. Il est possible de bénéficier d'une pension de retraite au titre du ou des régimes obligatoires auprès desquels la personne a cotisé. Toute personne ayant cotisé au moins un trimestre au régime général ouvre droit à une pension de vieillesse du régime général (art. L 351 1 et suiv. CSS).

• **La retraite de base.** Pour qu'une pension de retraite soit versée, il faut obligatoirement et préalablement demander à ce que la retraite soit liquidée, la liquidation consistant à déterminer si la personne y a droit et à la calculer. La liquidation et le versement en France de la pension de retraite sont conditionnés (outre les conditions d'âge légal, de nombre de cotisations, etc.) à la régularité du séjour (art. L 161 18 1 CSS). Il est nécessaire que le ressortissant étranger soit au minimum titulaire d'un récépissé ou d'une autorisation provisoire de séjour avec autorisation de travail (art. L 115 6 et D115 1 CSS).

• **La retraite complémentaire.** Elle s'ajoute à la retraite de base. Il n'y a pas de condition de résidence ni de régularité de séjour sur le territoire français pour liquider et percevoir la retraite complémentaire. Seule la justification de l'identité est nécessaire.

• Les assurés reconnus comme handicapés peuvent partir à la retraite à partir de 55 ans, sous certaines conditions (art. L 351 1 2 et suiv. CSS). Il faut justifier soit d'un taux d'incapacité permanente de 80 %, soit de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Il est également possible de liquider une pension de retraite à 60 ans, à taux plein, quelle que soit la durée d'assurance accomplie, pour ceux qui se sont vu reconnaître un taux d'incapacité permanente (IP) à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle ».

• Absence de condition de résidence en France pour le versement des retraites de base et complémentaire. Le versement des retraites de base et complémentaire, une fois liquidées, ne dépend pas de la résidence en France des personnes concernées. Elles sont exportables. Cela signifie qu'elles seront versées dans les mêmes conditions si la personne réside à l'étranger.

• Pensions de réversion des régimes de base et complémentaire. Le conjoint ou ex conjoint (les personnes en concubinage ou liées par un Pacs ne sont pas considérées comme ayants droit) peut, sous certaines conditions (âge et ressources), obtenir une pension de réversion d'une partie de la retraite dont une personne bénéficiait. Aucune condition de nationalité n'est requise pour les ayants droit étrangers. Si le conjoint survivant ou ex conjoint réside en France, il doit justifier, pour percevoir une pension de réversion du régime de base, de la régularité de son séjour par la production de l'un des titres de séjour ou documents requis pour la liquidation de la pension de retraite de base (il n'y a donc pas de condition de régularité de séjour concernant la pension de réversion du régime complémentaire). S'il réside à l'étranger, les pensions de réversion des régimes général et complémentaire sont exportables.

Le *Guide pratique de la retraite après la réforme du 9 novembre 2010,* Catred, janvier 2012, détaille les modalités du départ à la retraite et explique les démarches selon la résidence en France ou à l'étranger. Le *Guide du retraité étranger,* Unafo, février 2014, est disponible sur le site www.unafo.org.

LA CONDITION DE LA RÉSIDENCE EN FRANCE POUR LES AUTRES PRESTATIONS SOCIALES (SAUF LES RENTES ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE)

• Il s'agit d'une condition en droit de la protection sociale qui existe depuis longtemps et ne concerne pas les seuls étrangers (art. L 111 1 et L 311 7 CSS, *voir p. 202).* Dans la

Quels conseils donner aux migrants âgés concernant leur temps de présence en France/à l'étranger ?

1. Pour les personnes souhaitant conserver le bénéfice de tous leurs droits et prestations et voulant se mettre à l'abri de toute demande, même abusive, de coupure de droits et/ou de remboursement « d'indus » de la part des organismes de protection sociale, il est vivement conseillé de résider en France pendant plus de 6 mois par année civile et d'en conserver la preuve (par le passeport, dont il faut par précaution faire une copie utile en cas de perte, de vol ou d'échange contre un nouveau passeport).

2. Pour les migrants âgés qui n'ont pas conservé leur résidence en France plus de 6 mois au cours d'une ou de plusieurs années civiles (ou de date à date si cela leur est plus favorable) et pour lesquels les caisses de protection sociale interrompent le versement des prestations et/ou en demandent le remboursement, il est indispensable :

de vérifier si, malgré cette absence prolongée de France, ils peuvent ou non être considérés comme ayant .../...

pratique, cette condition est néanmoins utilisée pour la mise en œuvre de contrôles ciblés sur certaines catégories d'étrangers, et notamment les migrants en foyer ou logement précaire.

• **Sont considérées comme résidant en France** (art. R 115 6 CSS) les personnes qui y ont leur foyer permanent (notion objective qui doit être appréhendée à partir d'un faisceau d'indices) ou leur lieu de séjour principal (la condition est remplie dès lors que l'intéressé séjourne plus de 180 jours en France au cours de l'année civile ou, si cette période est plus favorable au bénéficiaire, de date à date).

• **Si l'ouverture des droits s'effectue sur une base déclarative, les modalités de contrôle de la résidence** que peuvent réaliser ensuite les organismes de Sécurité sociale sont très étendues. Dans la pratique, il peut être demandé à la personne de fournir la copie de son passeport en intégralité, faute de quoi les prestations pourraient être suspendues (art. R 114 17 et R 114 18 CSS). Ces contrôles pendant le service des droits peuvent donner lieu à des demandes de remboursement des prestations indûment versées.

UNE CONDITION DE DURÉE DE SÉJOUR EN FRANCE PEUT S'AJOUTER À LA CONDITION DE RÉSIDENCE EN FRANCE (ALLOCATIONS LOGEMENT, ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ ET REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE)

• **Pour déterminer les droits aux allocations logement, à l'AAH et au RSA,** la personne doit remplir la condition de résidence et, **si cette condition est remplie**, il faudra examiner pendant combien de mois par année civile elle peut toucher ces prestations en cas de séjour(s) à l'étranger.

• **Pour les allocations logement :** sur une année civile, le logement doit être effectivement occupé au moins 8 mois par an soit par l'allocataire ou son conjoint ou concubin, soit par une personne à charge (sauf obligation professionnelle, raison de santé ou cas de force majeure) pour que le droit au bénéfice de ces prestations soit maintenu pour toute l'année civile (art. R 512 1 CSS et circ. n° 2010 014 du 15 déc. 2010). Si le logement est inoccupé pendant plus de 122 jours, le droit est maintenu pour les seuls mois complets d'occupation du logement.

• **Pour l'AAH et le RSA :** le bénéficiaire qui justifie que sa durée de séjour hors de France est inférieure ou égale à 3 mois

au cours de l'année civile ou de date à date a droit au bénéfice de ces prestations pour toute l'année civile. En cas d'absence supérieure à 3 mois, ces prestations ne seront versées que pour les seuls mois civils complets de présence en France (art. R 262 5 CASF et R 821 1 CSS).

L'ALLOCATION DE SOLIDARITÉ AUX PERSONNES ÂGÉES (ASPA)

• L'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ou « minimum vieillesse », est une prestation versée sous condition d'âge et de résidence en France aux personnes dont les ressources, incluant les pensions de base et complémentaire, sont inférieures à un plafond déterminé chaque année (792 € mensuel sur 12 mois le 1er avril 2014) (circulaire de la Cnav n° 2010/49 du 6 mai 2010). Elle est versée soit par la caisse de retraite qui verse la pension de retraite ou de réversion, soit par un service spécifique géré par la Caisse des dépôts et consignations, lorsque la personne ne relève d'aucun régime d'assurance vieillesse en France.

• L'Aspa est subsidiaire par rapport aux pensions de retraite contributives. Ainsi, avant de demander l'Aspa, il faut d'abord faire valoir ses droits à la retraite (base et complémentaire). L'Aspa viendra alors compléter la pension de retraite et d'éventuelles autres sources de revenus (par exemple : une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle).

• Toute personne souhaitant bénéficier de l'Aspa doit être en situation régulière et justifier d'une résidence stable sur le territoire français (art. L 815 1 et R 816 3 CSS). Elle doit aussi justifier être titulaire depuis au moins 10 ans d'un titre de séjour autorisant à travailler (art. L 816 1 CSS). Ces conditions s'appliquent également au conjoint, au concubin et au partenaire pacsé.

L'exigence de justifier depuis 10 ans d'un titre de séjour autorisant à travailler ne s'applique qu'aux demandes postérieures au 23 novembre 2011 (date à laquelle la loi a durci cette condition). En pratique, cela explique que des personnes étrangères titulaires d'une carte de résident qui bénéficiaient de l'Aspa depuis plusieurs années avant cette date, sans pour autant résider en France depuis 10 ans, ne puissent plus en bénéficier après un séjour long dans leur pays d'origine et un retour en France ; ou, inversement, que des personnes qui ne résident pas depuis 10 ans en France bénéficient de l'Aspa.

.../... maintenu leur foyer permanent en France et ainsi contester les décisions des caisses ;
de leur conseiller pour les périodes à venir de se maintenir en France plus de 6 mois par an, notamment si des recours sont en cours contre les décisions des caisses.

Voir aussi :
Vieillesse immigrée, vieillesse harcelée, Plein Droit, Gisti, n° 93, juin 2012.
Collectif justice et dignité pour les chibani-a-s, site www.chibanis.org

ATTENTION

Tant que pour l'Aspa que pour l'ASI, cette condition de détenir depuis 10 ans un titre de séjour autorisant à travailler n'est pas opposable aux ressortissants algériens résidant régulièrement en France (instruction Cnav n° 2013 117 du 3 décembre 2013 disponible sur le site du Gisti), ni aux réfugiés, apatrides, protégés subsidiaires, ni aux ressortissants de l'UE et aux membres de leur famille en situation régulière en France (art. L 816 1 CSS).

L'ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE D'INVALIDITÉ (ASI)

• **Il s'agit d'une prestation versée sous certaines conditions aux personnes invalides** titulaires d'une pension de retraite ou d'invalidité qui n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite pour bénéficier de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Le droit à l'ASI prend fin dès que le bénéficiaire atteint l'âge légal de départ à la retraite pour bénéficier de l'Aspa (art. L 815 24 CSS).

Voir la note du Gisti, Minima sociaux (RSA, Aspa, ASI) : comment contester la condition de 5 ans (devenue de 10 ans pour l'Aspa et l'ASI) de résidence qui explique la procédure et propose des modèles de recours.

• **Toute personne souhaitant bénéficier de l'ASI doit justifier des mêmes conditions que pour bénéficier de l'Aspa :** résidence stable et régulière sur le territoire français. Elle doit aussi justifier être titulaire depuis au moins 10 ans d'un titre de séjour autorisant à travailler, cette condition étant contestable au regard des textes internationaux. Des recours peuvent être engagés et il est intéressant de saisir systématiquement le Défenseur des droits.

L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE (APA)

• **L'APA est une aide financière permettant une prise en charge adaptée aux besoins de la personne pour accomplir les actes essentiels de la vie ou si son état nécessite une surveillance régulière** (art. L 232 1 et suiv. CASF). Selon ses ressources, une part des dépenses relatives à ces aides pourront rester à la charge de la personne. L'instruction de la demande d'APA puis son versement sont effectués par le conseil général, auprès duquel il faudra justifier de son utilisation.

• **Toute personne souhaitant bénéficier de l'APA doit justifier de la régularité de son séjour en France** (art. L 111 2 CASF). La liste des titres de séjour est fixée par l'article 1 du décret n° 94 294 du 15 avril 1994. Il est nécessaire de justifier au minimum d'un récépissé de première demande de carte de séjour d'une durée de validité supérieure à 3 mois.

PROTECTION SOCIALE AVEC UNE CARTE DE SÉJOUR OU UN CERTIFICAT DE RÉSIDENCE ALGÉRIEN MENTION « RETRAITÉ »

• **La carte de séjour mention « retraité »** est délivrée aux personnes étrangères qui établissent leur résidence hors

de France (c'est donc une adresse à l'étranger qui figure sur la carte), après avoir été en possession d'une carte de résident en France, et qui sont titulaires d'une pension contributive de vieillesse liquidée au titre d'un régime de base français de Sécurité sociale (art. L 317 1 Ceseda).

• La carte de séjour mention « retraité » permet d'entrer en France à tout moment pour y effectuer des séjours n'excédant pas 1 an. Elle est valable 10 ans (mais ce n'est pas une carte de résident) et est renouvelée de plein droit. Elle n'ouvre pas droit au travail.

• Droits à l'Aspa, aux prestations familiales et aux aides au logement. La carte de séjour mention « retraité » ne fait pas partie de la liste des titres de séjour permettant d'ouvrir droit au bénéfice de l'Aspa, des prestations familiales ou des aides au logement. De plus, pour les caisses, un tel titre de séjour présume que la condition de résidence en France n'est pas remplie. Suite à de nombreux recours, le ressortissant étranger titulaire d'un titre de séjour mention « retraité » peut désormais prétendre à ces prestations s'il apporte la preuve qu'il réside effectivement en France (Cour de cassation, 2e ch. civ., 14 janv. 2010 n° 08 20782, circulaire Cnav n° 2010/49 du 6 mai 2010 et circulaire Cnaf n° 2010 014 du 15 déc. 2010, *voir aussi Protection maladie des migrants âgés, p. 281).* En pratique, les titulaires d'une carte de séjour mention « retraité » font l'objet d'un contrôle systématique des caisses sur la condition de leur résidence en France *(voir supra).*

MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS

Le soutien social et juridique des jeunes exilé(e)s est complexe face à la diversité des profils, des parcours migratoires et des intervenants sociojudiciaires. Il souffre aussi des contradictions entre les politiques publiques de protection de l'enfance et de contrôle de l'immigration. Le niveau de protection sociale dépend de la reconnaissance par les institutions de la minorité du jeune.

Voir aussi Protection maladie, p. 289, Scolarisation, p. 151 et Aide juridictionnelle, p. 129

STATUT JURIDIQUE, ÉTAT CIVIL ET DÉTERMINATION DE L'ÂGE

• Français ou étrangers, les mineurs présentent des spécificités juridiques et sociales :
– **l'incapacité juridique** signifie que le jeune ne peut pas agir sans le consentement de son représentant légal. Seul son représentant légal est titulaire de l'autorité parentale et peut autoriser les actes de la vie civile. Le défaut de parent (absence, décès) pose donc le problème de la représentation du jeune pour l'exercice de ses droits et pour sa protection;
– **il existe un système public de protection de l'enfance** permettant l'assistance et la prise en charge des jeunes et des familles en difficultés sociales ou en « danger ».

• Même s'il est étranger, le mineur n'est pas tenu de détenir un titre de séjour. Il ne peut être éloigné du territoire *(voir Éloignement et enfermement des étrangers, p. 94)*. C'est pourquoi la notion de « mineur en séjour irrégulier » est un contresens juridique, quand bien même le mineur serait arrivé en dehors de toute procédure légale en France.

• La détermination de l'âge des adolescents étrangers isolés est destinée à savoir s'ils relèvent effectivement des dispositions protectrices liées à leur minorité. Si le jeune détient des documents d'état civil de son pays, ces documents font foi (art. 47 Code civil), sauf si l'administration prouve qu'ils ne sont pas authentiques. Le principe est que, en l'absence

de document d'état civil, l'âge sera déterminé par un faisceau d'indices. Cependant, la suspicion à l'égard des mineurs étrangers isolés a pour conséquence qu'une expertise médicale d'âge (« âge osseux ») est très majoritairement demandée, même si le jeune présente des documents d'état civil. Les bases médico légales qui sous tendent cette expertise sont très discutables *(voir l'avis du 23 juin 2005 du Comité consultatif national d'éthique sur www.ccne-ethique.fr).* Les résultats de cette expertise doivent être écartés si le jeune détient des documents d'état civil attestant de sa minorité.

PROTECTION ADMINISTRATIVE ET JUDICIAIRE

• À la frontière, les mineurs étrangers isolés peuvent se voir refuser l'entrée sur le territoire s'ils ne disposent pas des documents obligatoires (passeport, visa, justificatifs de séjour et de ressources, garanties de rapatriement) et être placés en zone d'attente. Ces décisions nécessitent que le représentant légal du mineur en soit averti. Si le mineur en est dépourvu, un administrateur ad hoc (AAH) doit être désigné par le procureur de la République.

• Protection de l'enfance. Dans le domaine de la protection de l'enfance, aucune condition de « régularité » ou d'ancienneté du séjour n'est requise. Plusieurs institutions sont susceptibles d'intervenir dans la protection des mineurs vivant en France. Il n'est pas aisé de se repérer dans la coordination de ces différents acteurs. L'hospitalité peut être très variable selon la légitimité que ces acteurs accordent à la présence du jeune en France. Pour accompagner un jeune, il est recommandé de demander l'assistance d'un travailleur social et/ou d'une association spécialisés.

• Protection administrative. Un protocole a été signé le 31 mai 2013 entre l'État et les départements pour la création d'une plateforme nationale de répartition des mineurs étrangers isolés. La loi prévoit qu'en cas d'urgence le mineur sans représentant légal ni relai familial doit être recueilli pour 5 jours par l'Aide sociale à l'enfance (ASE) (art. L 223 2 2° CASF) après information du procureur de la République. Cette mise à l'abri ne nécessite pas l'intervention du juge mais reste soumise à l'appréciation par l'ASE quant à savoir si le jeune relève bien de ses missions : s'il est bien mineur, isolé et en danger. Si l'ASE estime que tel est bien le cas, le procureur de la République

Le site infoMIE.net contient de nombreuses ressources sur les mineurs isolés étrangers. Il contient notamment le très complet guide pratique *L'accompagnement des mineur(e)s isolé(e)s étranger(e)s. Protéger, informer, orienter,* AutonoMIE, septembre 2013.

Pour l'assistance aux mineurs en zone d'attente, contacter l'Anafé ***(voir p. 88).***
De nombreuses publications sont également accessibles sur son site, www.anafe.org dont La procédure en zone d'attente : *Guide théorique et pratique,* Anafé, janvier 2013.

prononce une ordonnance de placement provisoire et saisit le juge des enfants pour qu'il entérine le placement (art. 375 5 2° Code civil). Si une des conditions n'est pas remplie, il est mis fin à la prise en charge. Le jeune lui même ou toute personne peut saisir le juge des enfants pour contester la décision et il est primordial pour lui de faire ce recours.

• **Protection judiciaire.** Le juge des enfants peut donc être saisi afin de prononcer une mesure d'assistance éducative lorsque la santé, la sécurité ou la moralité du mineur sont en danger ou lorsque « les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social sont gravement compromises » (art. 375 Code civil). L'isolement d'un mineur constitue un danger au sens de l'article 375 du Code civil. L'assistance éducative peut alors se concrétiser par une ordonnance de placement provisoire à l'ASE (art. 375 3 4° Code civil).

REPRÉSENTANT LÉGAL ET AUTORITÉ PARENTALE

• **Faute de représentant légal, le mineur isolé ne peut exercer ses droits.** Lorsqu'un jeune a été placé par le juge auprès d'un tiers ou d'un service habilité, ces derniers accomplissent tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation (art. 373 4 Code civil). Les actes usuels sont définis comme « des actes de la vie quotidienne, sans gravité, qui n'engagent pas l'avenir de l'enfant [...] ». Les actes non usuels sont ceux qui sont inhabituels, qui auraient une influence particulière dans l'éducation et la santé de l'enfant (arrêt de la cour d'appel d'Aix en Provence du 28 oct. 2011). Les actes non usuels relèvent de l'autorité parentale. Ils ne peuvent pas être décidés par le tiers ou l'organisme en l'absence de tutelle ou de délégation d'autorité parentale.

• **La désignation d'un représentant légal par le juge aux affaires familiales.** À la demande de la personne ou du service à qui le mineur est confié, le juge peut accorder une délégation d'autorité parentale à une tierce personne ou à un organisme habilité tel que l'ASE (art. 373 Code civil) ou ouvrir une tutelle. Lorsque aucun membre de la famille ou aucun proche ne peut assurer la charge du jeune, la tutelle peut être déférée à l'ASE (art. 411 Code civil). Les délais de désignation du tuteur sont souvent très longs (jusqu'à 1 an).

PROTECTION SOCIALE DES MINEURS SELON LEUR PRISE EN CHARGE

• En cas de prise en charge par l'ASE, les droits des mineurs incluent l'hébergement, le droit à l'éducation, à la formation professionnelle et à la santé. Ces droits sont transposés aux articles L 221 1 et suivants du CASF et placés sous la responsabilité des départements.

• En cas de refus de prise en charge par l'ASE, les jeunes sont considérés comme majeurs par les services de protection de l'enfance mais vont être considérés comme mineurs par les autres interlocuteurs. L'absence de document ou les documents les disant mineurs les privent de la capacité à agir. Ils sont également exclus des dispositifs d'hébergement pour adultes et ne sont pas autorisés à travailler. Il est donc essentiel de saisir le juge des enfants pour contester cette décision. Pendant le temps de ce recours, des solutions au cas par cas peuvent être négociées, notamment avec les structures d'hébergement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

InfoMIE, *L'accompagnement des mineur(e)s isolé(e)s étranger(e)s. Protéger, informer, orienter,* AutonoMIE, 2013

À LA MAJORITÉ

• Le jeune peut se trouver dans trois situations selon l'âge qu'il avait lors de la prise en charge par l'ASE :

– Le mineur pris en charge par l'ASE avant ses 15 ans peut demander la nationalité française par déclaration sur la base de l'article 21 12 du Code civil, à la condition de se manifester auprès du tribunal d'instance avant l'anniversaire de ses 18 ans ;

– Le mineur pris en charge par l'ASE avant ses 16 ans peut obtenir un titre de séjour à ses 18 ans, sous réserve du caractère « réel et sérieux » du suivi de sa formation, de la nature de ses liens avec la famille restée dans le pays d'origine et de l'avis de la structure d'accueil sur son insertion dans la société française (art. L 313 11 2 bis Ceseda). La demande doit être faite avant les 19 ans du jeune ;

– Dans les autres cas, notamment s'il n'a pas été pris en charge par l'ASE ou s'il l'a été entre 16 et 18 ans, le jeune majeur de 18 ans ne pourra pas, sur ce fondement, bénéficier de plein droit d'un titre de séjour ni accéder à la nationalité française.

S'il n'est pas en mesure de faire valoir d'autres motifs d'admission au séjour (sa vie privée en France, sa santé, ses études, une possible activité professionnelle, *voir Évaluation préalable de la demande, p. 43),* il risquera un éloignement du territoire français.

ATTENTION

Il arrive que les tiers ou organismes habilités, tels que l'ASE, en charge de représenter le mineur méconnaissent cette possibilité d'acquisition de la nationalité française et n'effectuent pas les démarches dans les délais.

CITOYENS DE L'UE ET MEMBRES DE LEUR FAMILLE

En droit, l'accès à la protection sociale des citoyens de l'Union européenne (UE) et des membres de leur famille répond à des conditions spécifiques, plus favorables que celles applicables aux citoyens des autres États (« pays tiers ») et valables quel que soit leur pays d'origine au sein de l'UE. Dans la pratique, ces citoyens se voient largement refuser/retarder le bénéfice de leurs droits. D'où l'importance d'être en mesure de mieux identifier ces situations et les principales erreurs commises par les administrations.

Voir aussi Bénéficiaires de droits dans un autre État, p. 270

REPÈRES FONDAMENTAUX

• Les personnes concernées par le présent article sont les « citoyens de l'UE et assimilés » désignant (à l'exception des citoyens français en principe non concernés par ces règles) :
– **les citoyens de l'UE** (28 États fin 2014), des autres États **de l'Espace économique européen (EEE)** (Islande, Norvège et Liechtenstein) et **de la Confédération suisse** ;
– **et les membres de leur famille, quelle que soit leur nationalité.** Sont sans restriction « membre de la famille » : le/la conjoint(e), le/la partenaire d'un Pacs, les descendants directs de moins de 21 ans ou à charge et les ascendants directs à charge ; et dans des conditions plus restrictives (art. R 121 2 1 et R 121 4 1 Ceseda) : le/la concubin(e) et tout autre membre de famille à charge ou dont le citoyen de l'UE doit s'occuper pour des raisons de santé graves.

• Condition de résidence en France : bien que cette condition ne s'applique pas à ceux travaillant en France et aux membres de leur famille, seule la question de l'accès aux droits sociaux des citoyens de l'UE ayant leur résidence en France *(voir p. 202)* est traitée dans ce chapitre.

• Principe d'égalité de traitement entre « citoyens de l'UE et assimilés » et « nationaux » :
– si un citoyen de l'UE ou assimilé réside en France en situation administrative régulière, il bénéficie de l'ensemble des prestations sociales dans les mêmes conditions que les Français ;
à l'inverse, **s'il ne réside pas en France de manière régulière, il ne peut avoir accès qu'aux prestations sociales non soumises à condition de régularité de séjour** : soit car cette condition ne s'applique pas pour l'ensemble des étrangers (ASE, AME, assurance accidents du travail et maladies professionnelles, etc.) ; soit car les citoyens de l'UE en sont spécifiquement dispensés *(voir Domiciliation administrative, p. 135 et Aide juridictionnelle, p. 129).*

• Conditions d'accès aux droits sociaux non applicables aux citoyens de l'UE et assimilés : le principe d'égalité de traitement, qui est garanti par le droit communautaire **sous réserve de satisfaire à la condition de régularité de séjour en France** *(voir infra)*, a de nombreuses conséquences encore largement méconnues :
– les citoyens de l'UE et assimilés n'ont pas besoin de justifier d'un titre de séjour pour demander le bénéfice des prestations sociales (art. R 121 10 à R 121 13 Ceseda pour les citoyens de l'UE ; art. R 121 2 1, R 121 4 1 et R 121 14 1 Ceseda pour les membres de leur famille, citoyens de l'UE ou non) ;
– aucune des listes de titres de séjour prévues par les dispositions légales et réglementaires pour l'accès des étrangers aux prestations sociales, ou pour obtenir leur bénéfice comme ayants droit, **n'est opposable aux citoyens de l'UE et assimilés** (leur sont par exemple inopposables les listes prévues par le Code de la Sécurité sociale pour les prestations familiales, ou par le Code de l'action sociale et des familles pour le RSA) ;
– les conditions d'ancienneté de résidence en France opposables aux étrangers pour bénéficier de certaines prestations sociales *(voir RSA, p. 148 et Aspa, p. 155)* **ne sont pas applicables aux citoyens de l'UE et assimilés.** S'ils n'ont pas la qualité de « travailleur », une condition d'ancienneté de résidence en France de 3 mois leur est toutefois applicable pour le RSA (art. L 262 6 CASF), l'AAH (art. L 821 1 CSS), l'Aspa (art. L 816 1 CSS), l'ASI (art. L 816 1 CSS), et, comme pour les Français, pour l'assurance maladie sur critère de résidence dite CMU de base (art. L 380 1 et R 380 1 I CSS, *voir p. 204).*

• Mécanismes européens de coordination des régimes de Sécurité sociale et accès aux dispositifs de protection sociale français : les règlements européens ont prévu plusieurs

mécanismes pour faciliter la continuité des droits, tout en évitant les cumuls, des personnes (« assurés sociaux ») se déplaçant au sein des États membres :

- le principe d'égalité de traitement des assurés sociaux sur tout le territoire de l'Union ;
- la règle de non cumul des prestations (ex. : un même assuré ne peut pas bénéficier des prestations familiales pour un même enfant dans deux États membres) ;
- la totalisation des périodes d'assurance pour la détermination des droits, notamment en matière de retraites mais aussi de pensions d'invalidité, de rentes d'accident du travail, de couverture maladie ;
- la continuité des droits garantie par l'État de résidence en cas de séjour temporaire dans un autre État membre *(voir La description du mécanisme de la CEAM, p. 272),*
- l'exportation (« portabilité ») des droits en cas de transfert de résidence d'un État membre où des droits ont été acquis vers un autre État membre *(voir Le mécanisme de transfert des droits via le formulaire de portabilité dit S1, p. 274).*

Cette « portabilité » des droits peut être permanente (cas des bénéficiaires de pensions de retraite, de réversion et d'invalidité, ou encore de rentes d'accident du travail, acquis dans un autre État membre) ou temporaire (cas des chômeurs indemnisés par leur ancien État de résidence ou de travail).

• Dans la pratique, les administrations méconnaissent le plus souvent ces mécanismes en opposant aux personnes nouvellement résidentes en France un refus d'accès à la protection sociale française *(voir aussi p. 270) :*

- par un renvoi irrégulier des personnes vers les mécanismes prévoyant la continuité des droits garantie par l'État de résidence en cas de séjour temporaire en France, alors que la personne concernée ne réside plus dans son ancien État de résidence et s'est installée en France (ex. : utilisation abusive de la carte européenne d'assurance maladie dite CEAM) ;
- par un renvoi irrégulier des personnes vers les mécanismes d'exportation (« portabilité ») en France des droits acquis dans l'ancien État de résidence, en dehors des cas très limités où ils trouvent application ;
- par la demande abusive faite aux personnes de justifier qu'elles n'ont plus la qualité « d'assuré social » dans un autre État membre, ce qui est souvent quasiment impossible à fournir.

Le nombre de personnes et la complexité des situations concernées par ces pratiques illégales rendent à ce jour difficile la systématisation des recours individuels, pourtant efficaces.

CONDITION DE RÉGULARITÉ DE SÉJOUR EN FRANCE

• Les citoyens de l'UE, de l'EEE et de la Suisse n'ont pas l'obligation de détenir un titre de séjour pour justifier de la régularité de leur séjour en France et accéder aux prestations sociales. Ils peuvent toutefois en solliciter un (auprès de la préfecture) s'ils le souhaitent.

• Pour autant, tous les citoyens de l'UE, de l'EEE et de la Suisse ne disposent pas d'un droit au séjour en France. Selon leur situation professionnelle, familiale, financière, etc., ils pourront être (parfois sans le savoir) en situation administrative régulière ou irrégulière en France.

• Il appartient à l'organisme (CPAM, CAF, Carsat, etc.) sollicité par « le citoyen de l'UE ou assimilé » pour le bénéfice d'une prestation sociale de vérifier si celui-ci remplit ou non la condition de régularité de séjour, sans pouvoir exiger la justification d'un titre de séjour ni renvoyer ce contrôle vers les préfectures.

Présentation simplifiée des catégories de citoyens de l'UE (et membres de leur famille) ayant un droit au séjour en France et accès aux prestations sociales

1. Travailleurs salariés ou non salariés

2. Anciens travailleurs (sauf démission) inscrits à Pôle emploi (leur droit au séjour est maintenu, pour une période illimitée ou de 6 mois, selon qu'ils ont travaillé plus ou moins de 12 mois)

3. Demandeurs d'emploi entrés en France pour y chercher un emploi et qui s'y maintiennent à ce titre (leur accès aux prestations sociales est toutefois très problématique et restrictif)

4. Étudiants déclarant des ressources suffisantes et disposant d'une couverture maladie

5. « Inactifs » (ne relevant pas des catégories 2, 4 et 6 à 9) justifiant de ressources suffisantes et d'une couverture maladie

6.1. Membres de la famille (de l'UE ou non de l'UE) d'un citoyen de l'UE relevant des catégories 1 à 5 ou 9 (y compris après une rupture de vie commune)

6.2. Jusqu'à la fin de sa scolarisation, enfant (et parents en ayant la garde) d'un citoyen de l'UE exerçant ou ayant exercé un travail salarié en France

ATTENTION

La situation des membres de famille non UE de citoyens UE ayant un droit au séjour en France est complexe à appréhender : s'ils ont l'obligation de détenir un titre de séjour, ils peuvent toutefois bénéficier des prestations sociales (le plus souvent comme ayants droit) et sous réserve de justifier auprès de la caisse de leur situation de membre de la famille d'un citoyen de l'UE ayant un droit au séjour même s'ils ne sont pas titulaires d'un titre de séjour (art. R 121 2 1, R 121 4 1 et R 121 14 1 Ceseda). Fin 2014, ce droit reste ignoré par les caisses.

7. Citoyens de l'UE titulaires d'un titre de séjour français quelle que soit sa nature (CST, APS, etc.) et sa durée (aucune autre condition n'est exigible pour l'accès aux prestations sociales)

8. « Autres inactifs » ayant relevé mais ne relevant plus des catégories 1 à 7, ne constituant pas une charge déraisonnable et/ou en situation d'accident de vie (catégorie difficile à appréhender)

9. Citoyens de l'UE justifiant de 5 ans de résidence habituelle et régulière en France (au titre des catégories 1 à 6.1, voire 8).

• Dans l'observation du Comede, nombreuses sont les pratiques illégales des caisses refusant de reconnaître un droit au séjour, et donc les droits sociaux, à certains citoyens de l'UE (et aux membres de leur famille) relevant pourtant de ces catégories, notamment :
– **au titre de la catégorie 1 :** aux travailleurs salariés pour lesquels le nombre d'heures travaillées ne permet pas l'affiliation à l'assurance maladie par le travail ; aux travailleurs non salariés ne dégageant pas des « ressources suffisantes » de leur activité ;
– **au titre de la catégorie 2 :** aux anciens travailleurs ne justifiant pas de « ressources suffisantes », ou ne percevant plus d'indemnisation chômage, ou ne relevant plus d'une affiliation à l'assurance maladie sur critère socioprofessionnel, alors que les textes prévoient, s'ils sont inscrits à Pôle emploi et si leur contrat de travail (CDI ou CDD) a été rompu (sauf démission) après 12 mois, un maintien illimité de leur droit au séjour et de celui des membres de leur famille ;
– **au titre de la catégorie 5** : aux inactifs justifiant de ressources faibles mais pourtant suffisantes au regard des critères peu restrictifs prévus par le droit communautaire ;
– **au titre de la catégorie 6 :** aux partenaires pacsés ; aux membres de la famille conservant leur droit au séjour malgré la rupture de la vie commune avec le citoyen de l'UE disposant du droit au séjour ;
– **au titre des catégories 7, 8 et 9 :** à tous les citoyens de l'UE « inactifs » relevant de ces trois catégories mais ne justifiant pas de « ressources suffisantes » et/ou d'une couverture maladie.

EXAMEN D'UNE SITUATION INDIVIDUELLE

• Avant d'informer ou d'orienter, et au vu des erreurs fréquentes des Caisses *(voir supra),* **il est recommandé lors de l'entretien social de rechercher si les personnes** *(voir aussi p. 270) :*

relèvent du présent chapitre : soit parce qu'elles sont citoyennes de l'UE, soit parce qu'elles vivent ou ont vécu en France (même dans un passé lointain) avec un citoyen de l'UE ayant ou ayant eu un droit au séjour ;

peuvent relever d'un dispositif de protection sociale français, et dans ce cas si l'accès aux droits sociaux en cause est soumis ou non (pour les citoyens de l'UE) à une condition de résidence administrative régulière en France ;

continuent de bénéficier de prestations sociales versées par un autre État membre (et si oui, lesquelles et ont elles informé cet État membre de leur installation en France ?
Attention : le fait d'informer l'ancien État de résidence de la nouvelle installation en France peut conduire à la coupure des droits et prestations acquis dans l'ancien État de résidence) ;

ont établi leur résidence en France *(voir p. 202),* ou y sont en séjour temporaire, ce qui fera alors obstacle à une ouverture de droits sociaux en France ;

ont un droit au séjour en France.

• L'évaluation de la condition de régularité de séjour en France ne peut se faire sans un recueil précis d'informations sur la situation des personnes concernées (travail, famille, droits obtenus, etc.). Cette collecte précise d'informations, contraignante mais indispensable, ne doit pas concerner uniquement le moment où l'évaluation de droits est réalisée **mais toutes les périodes de résidence en France des personnes concernées.**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

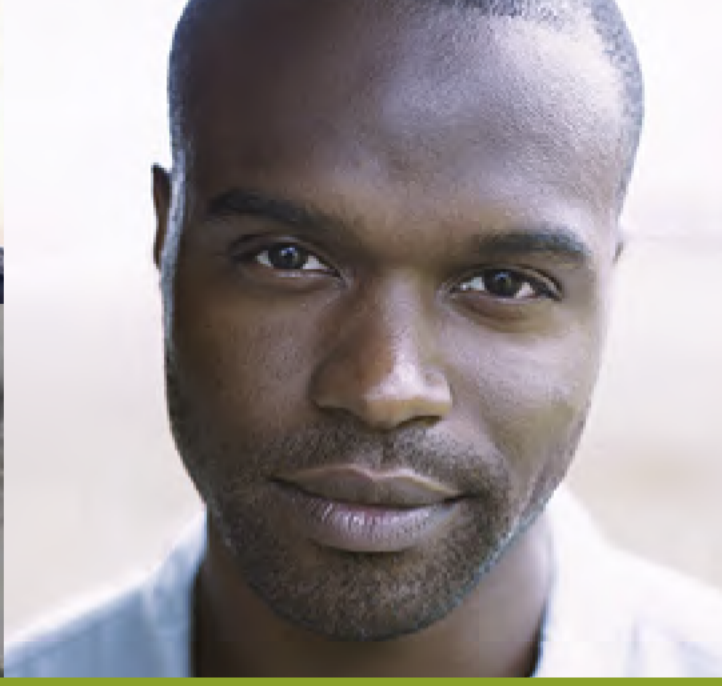
Comede, *Les citoyens européens : 10 situations de droits sociaux et de droit au séjour,* sur les sites du Comede et du Gisti (juin 2014, mise à jour régulière)

Cleiss, Fiches de documentation, http://www.cleiss.fr

Gisti, *Les droits des citoyens UE et de leur famille,* fin 2014







ACCÈS AUX SOINS

« Si la délivrance "gratuite" des soins est parfois possible pour les personnes démunies, seule l'acquisition d'une protection de base assortie 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. 194

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. 173).*
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, p. 16).* 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 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. 175).* 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. 233)* **ou d'instruction prioritaire d'une demande d'AME** *(voir p. 255),* **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.

OBTENIR UNE PROTECTION MALADIE (VOIR P. 194)

Permanence téléphonique socio juridique du Comede

☏ 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi de 9 h 30 à 12 h 30
Accès aux dispositifs de soins, Assurance maladie, complémentaire CMU, AME, DSUV 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 maladie/AME (régularité du séjour), à l'ignorance de ces mêmes caisses des pratiques des préfectures

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. 227).* 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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

Fonds CMU, 6e Rapport d'évaluation de la loi CMU octobre 2014, www.cmu.fr

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

(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 page précédente, en marge).* 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 le recours 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 Dispositif des soins urgents et vitaux.

Voir Hiérarchisation des dispositifs de protection maladie, p. 206

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° 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, DGOS, Circulaire ministérielle n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS)

• Les PASS se situent majoritairement dans des établissements publics de santé et préférentiellement de grande taille. Mais fin 2012, une permanence sur six était située dans des unités urbaines de petite taille ou en zone rurale ; deux permanences sur trois étaient 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 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 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 circulaire ministérielle n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) précise le cadre général d'intervention et les conditions de fonctionnement et de financement des PASS. La circulaire mentionne 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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

DGOS, circulaire ministérielle n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), *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 rapports annuels, www.medecinsdumonde.org

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

• 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 Dispositif des 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 socio juridique du Comede : 01 45 21 63 12, du lundi au jeudi de 9 h 30 à 12 h 30.

DISPOSITIF DES 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 Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) 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 dispositif 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.

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

CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE : LES TEXTES APPLICABLES

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

« 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. »

NB

Dans les précédentes éditions du Guide, le DSUV était présenté comme « Fonds pour les soins urgents et vitaux (FSUV) ». Si les dispositions sont restées les mêmes le DSUV fonctionnant toujours comme un mécanisme exclusivement financier le changement de vocable de « fonds » en « dispositif » est toutefois plus conforme aux textes.

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 citoyens européens (UE + EEE + Suisse) sont éligibles, si besoin, au Dispositif. Elle indique que les mineurs relèvent par principe de l'Aide médicale État de droit commun *(voir pp. 247 et 289)* 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 Dispositif L 254 1 ou DSUV n'est pas une prestation d'Aide médicale État (AME). À la différence de l'AME de droit commun, le Dispositif 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 DSUV 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 DSUV, qu'il octroie (Commission centrale d'aide sociale, 27 avril 2006 ; n° 051413).

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 sont 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 (attention, le contrôle de la présence en France pour les 3 mois précédant une demande d'AME ne concerne pas les cas de renouvellement ; *voir page 249)* ;

des étrangers en situation irrégulière résidant 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. 217)*.

• Les étrangers dont le visa est en cours de validité sont donc exclus (paradoxalement) du bénéfice de ce Dispositif par le droit interne français, ainsi que le confirme la jurisprudence de la Commission centrale d'aide sociale (4 juin 2007 n° 061433 ; 13 nov. 2007 n° 070126 ; 3 avril 2009 n° 081394 ; 27 janv. 2010 n° 091111). Ainsi, même les personnes ayant vocation à vivre durablement en France (conjoint de Français notamment) se trouveraient exclues du DSUV 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

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 Dispositif des soins urgents et vitaux, mais relèvent bien de l'AME de droit commun via la procédure dite « d'instruction prioritaire » *(voir p. 255)*.

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 octobre 2010
Durée du séjour autorisé : par période de 6 mois, 90 jours en une seule fois ou en séjours fractionnés
Période d'utilisation du visa :



du 13 décembre 2010 au 12 décembre 2013, soit 3 ans
Séjour régulier : pendant 90 jours consécutifs à compter de l'entrée en France
Séjour irrégulier : au 91e 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 1er 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 Dispositif 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 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. 289* ;

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. 212)* ;

ils ne sont pas éligibles à l'assurance maladie comme ayants droit majeur sauf exception, *voir p. 216* 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. 250)*.

• Les mineurs ne sont pas exclus « de droit » du DSUV. 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 DSUV, mais parce que les mineurs sont supposés pouvoir accéder à l'Aide médicale État de droit commun pour financer leurs soins, le bénéfice du DSUV 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 DSUV 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 DSUV sont remplies).

DÉFINITION DES SOINS URGENTS ET VITAUX

Le DSUV 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. 255)*, est toujours préférable à l'utilisation rétrospective du Dispositif 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 DSUV (avec possibilité de maintien si la prescription initiale émane du médecin hospitalier et 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 assisté, *voir p. 259)* sont applicables également au DSUV.

• **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 Dispositif est gratuit.

• **Délai pour demander le bénéfice du Dispositif.** Il est recommandé de demander rapidement le bénéfice du Dispositif

dès la délivrance des soins par l'hôpital public ou l'établissement privé. Pour les soins dispensés à compter du 1er janvier 2015, le délai maximal des demandes en paiement contre la caisse a été aligné sur celui applicable en AME de droit commun soit 1 an (art. L 254 2 CASF issu de l'article 69 de la LFSS pour 2015). Pour les soins dispensés avant le 1er janvier 2015, le délai dans lequel les demandes en paiement doivent être présentées sous peine de forclusion continue de courir jusqu'au terme prévu en application de l'article 2224 du Code civil prescription extinctive 5 ans à compter des soins , sans pouvoir excéder le 31 décembre 2016 (art. 69 LFSS pour 2015).

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 Dispositif, 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 Dispositif 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 DSUV 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 DSUV 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 Dispositif 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. 170

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)*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Étude au Dictionnaire permanent du droit des étrangers, Éditions législatives

• 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.

• 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 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

ATTENTION

En cas d'accord donné à une demande de visa déposée pour « raison sanitaire », les autorités consulaires françaises délivrent en général un simple visa C (court séjour) sans autre précision sur le motif de délivrance du visa.

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 étrangère, 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 ».

ATTENTION

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

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 ne pouvant pas accéder aux soins appropriés dans leur pays d'origine ;
  un tiers : un mécène, une assurance de service public ou privée ;
  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. 194)

• 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, Dispositif des 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. 216*).

• Les étrangers sous visa médical sont exclus du financement au titre des « soins urgents et vitaux » *(voir p. 179)*

• 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 2e alinéa CASF, *voir p. 250*).

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. 270)*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, 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 *(voir p. 284)*.

• 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 (art. 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 Ceseda et dans des conditions similaires par le Titre III du protocole à l'accord franco algérien de 1968 modifié) 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 ou d'hospitalisation *(voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 39)*.

ORGANISATION GÉNÉRALE DU SYSTÈME FRANCAIS

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. 200).*

Voir Conditions de l'accès aux soins, p. 170

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 %	9,5 %	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 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 droits 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, elles 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. 217)*
Maintien de 1 an des droits de l'article L 161 8 du CSS	OUI	Pas appliqué, à la demande du ministère *(voir p. 225)*
Mode de paiement de la cotisation	Prélèvement à la source	Déclaration annuelle sauf exceptions *(voir p. 219)*

**sauf exceptions,* *voir p. 212*

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES POUR LES ÉTRANGERS
(VOIR ÉGALEMENT PANORAMA ET NOTIONS CLÉS DE L'ACCÈS AUX DROITS, P. 202)

• 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. 170)* 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.

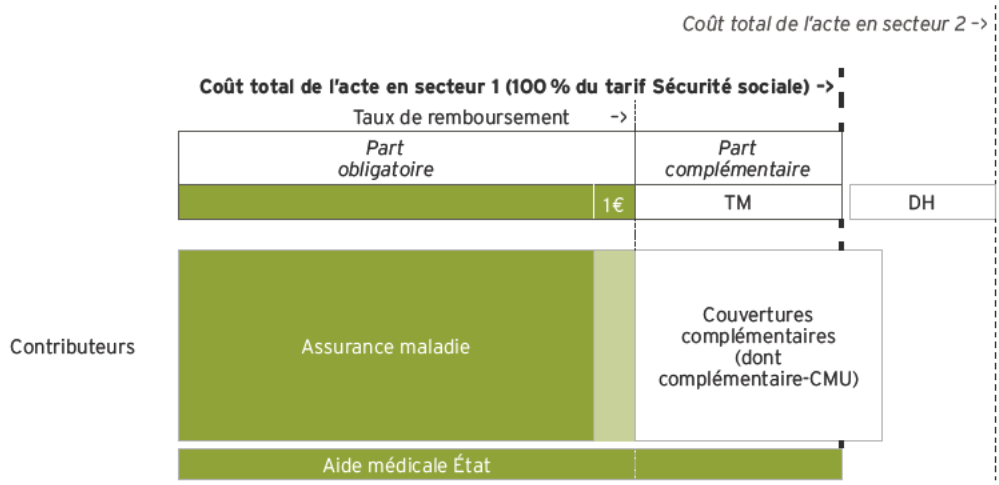
• Situations particulières :

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. 187) ;*

l'ensemble des règles de droits évoquées dans ce guide s'applique dans les départements d'outrer-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

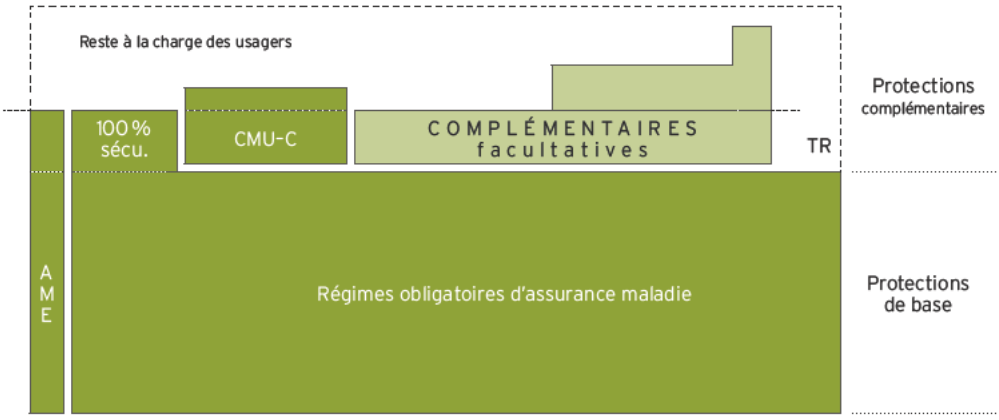


1€ Contribution forfaitaire de 1 euro à la charge de l'assuré social (sauf bénéficiaire de la CMU-C)

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)	*Voir définitions, p. 195*
Dispense d'avance des frais	*Voir Tiers payant infra*
Forfait 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 à la date des soins.
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, 4e 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 *(voir p. 135).* Pour aider à l'accès aux droits, il importe de maîtriser la hiérarchisation des différents dispositifs. Le chapitre suivant *(p. 211)* 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. 187.*

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

ATTENTION

L'absence de logement stable et/ou de domicile *(voir Domiciliation, p. 135)* 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 CSS, dont l'assurance maladie, la CMU C, l'ACS) que les prestations d'aide sociale (L 111 1 CASF dont l'AME de droit commun et le DSUV) :

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 rente AT MP 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.
Les modalités d'application de cet article a été précisé par la circulaire ministérielle DSS/2A/2B/3A n° 2008 245 du 22 juillet 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 www.comede.org

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 une exception générale 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, *voir ci-contre).*
Les ressortissants français n'en sont pas dispensés.

Bien que **Mayotte** soit passé du statut de Collectivité à celui de Département d'outre mer, le droit applicable n'y inclut ni la réforme CMU de 1999 ni l'Aide médicale État. Pour autant, à l'arrivée en métropole ou dans un autre DOM, les Français ou étrangers en provenance de Mayotte ne doivent pas être considérés comme nouveaux entrants sur le territoire français.

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, sauf mineurs	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, sauf mineurs	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 de l'article R 380-1 du CSS (notamment bénéficiaires de certaines prestations sociales)	NON	
Complémentaire-CMU		
Idem couverture de base (et exceptions supplémentaires pour les travailleurs, stagiaires, chômeurs indemnisés et bénéficiaires de l'AAH)	-	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 1er 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
DSUV	NON	L 254-1 du CASF
AME sur décision du ministre	NON	L 251-1 2e 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 un séjour temporaire 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 2e civ. n° 03 12899 ; 2 nov. 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 *(voir p. 203).*

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.224).*

• Le séjour irrégulier en France ne prive pas les personnes de toute prestation sociale, *(voir Aide médicale État, p. 241 et Protection sociale selon le statut, p. 140)* (*voir également* Sans papiers mais pas sans droits, *coll. « Gisti, Notes pratiques », juill. 2013, 6e édition).* 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 *(voir Citoyens de l'UE, p. 162).*

HIÉRARCHISATION DES DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE

• 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 Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV), 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). Attention : la condition de résidence habituelle *(voir supra)* est supposée remplie.

	APF	SR	Subsid.	Ress.	Cotis.	Détails
Assurance maladie sur critère socioprofessionnel	non	oui[1]	non	non	oui	*p. 211*
Assurance maladie sur critère de résidence	3 mois[2]	oui[1]	oui	non	oui	*p. 211*
Complémentaire-CMU	3 mois[2]	oui[1]	–	oui	non	*p. 229*
ACS	3 mois[2]	oui	–	oui	non	*p. 239*
AME de droit commun	3 mois[3]	non	oui	oui[4]	non[4]	*p. 241*
DSUV	non	non	oui	non	non	*p. 179*

1. *Voir exceptions, p. 218 ;* 2. *Voir exceptions, p. 212 ;* 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 (éventuellement augmentée de la complémentaire CMU) sans condition d'ancienneté de présence en France *(voir p. 276)*.

Protection maladie pendant les 3 premiers mois de présence en France

Situation administrative au jour de la demande	Protection maladie : Assurance maladie + CMU-C	Protection maladie : AME	DSUV	Ass. visa	AME DDM
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 III	4				
Demande de régularisation (convocation, récépissé)	4 bis		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
DSUV : Dispositif des 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. 272)*
- 1 *(voir précisions p. 181)*
- 2 Possible uniquement en tant qu'assuré sur critère socioprofessionnel ou ayant droit d'un tel assuré (ou assuré au titre CMU Base dispensé de la condition de 3 mois)
- 3 Oui si titulaire de convocation ou RV en préfecture, *(voir p. 217)*
- 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 III. Pour les détails, selon que la personne se situe avant ou après l'arrêté de réadmission vers un autre pays, *(voir p. 279)*
- 4 bis NON sauf dispense de condition de 3 mois par R 380 1 CSS (rare)
- 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. 211*), qu'il travaille ou non, les cotisations étant, dans tous les cas, proportionnelles aux salaires ou au revenu fiscal de référence. 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			
	Assurance maladie + CMU-C	Assurance maladie + AME-C	AME	DSUV[6]
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 III	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
DSUV : Dispositif des soins urgents et vitaux
Non avenu 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'Offi
2 Oui, si titulaire de convocation ou RV en préfecture *(voir p. 217)*
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 III. Pour les détails, selon que la personne se situe avant ou après l'arrêté préfectoral de réadmission vers un autre pays, *(voir p. 279)*
4 Maintien des droits *(voir p. 225)* 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 Dispositif des soins urgents et vitaux

Codes « régimes » pouvant concerner les étrangers
Source : « 5e 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 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	

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. 229

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. 263);*

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. 195).* 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.

Pour les conditions générales d'accès à l'assurance maladie, *(voir Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 202)*

• 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.

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 *(voir l'article R 380-1 du CSS in extenso infra)*	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 Ier 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 au 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).

Existence d'une condition de régularité de séjour et sources, *voir Panorama et notions-clés, tableau p. 202*

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. 205),* 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 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 ;

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 4° à 11° Ceseda modifié par le décret n° 2011 1049 du 6 sept. 2011) autorise des séjours entre 3 et 12 mois, tient lieu de carte de séjour, et dispense leur titulaire (et les empêche donc) de demander un titre de séjour en préfecture.
Les catégories concernées sont :
1. les conjoints de ressortissants français sous couvert d'un visa portant la mention « vie privée et familiale » (art. R 311 3 4°) ;
2. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « étudiant » (art. R 311 3 6°) ;
3. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « salarié » ou « travailleur temporaire » ou « scientifique chercheur » ou « stagiaire » (art. R 311 3 7° à 10°) ;
4. les étrangers conjoints de ressortissants étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « vie privée et familiale » (art. R 311 3 11°) ;
5. les étrangers sous couvert d'un visa portant la mention « visiteur » (art. R 311 3 5°). **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 ces visas (au titre conjoint de français, étudiant, salarié, visiteur, travailleur temporaire et par extension depuis le décret du 6 sept. 2011, stagiaire, scientifique chercheur et conjoint d'étranger, art. R 311 3 4° à 11°) valent 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 du passeport revêtu de la vignette sécurisée ou du cachet. En revanche, pour les étrangers titulaires d'un visa long séjour (visa D) d'une durée supérieure à 3 mois et inférieure ou égale à 6 mois comportant la mention « dispense temporaire de carte de séjour » (notamment en tant qu'ascendant à charge de Français), si la circulaire ministérielle DSS/2A/DAS/DPM du 3 mai 2000 (point II) précise bien qu'ils peuvent être affiliés à l'assurance maladie sur critère de résidence *(voir p. 217),* aucun texte ne prévoit que la possession de ce seul visa permette d'être affilié sur critère socio professionnel ou en tant qu'ayant droit d'un assuré sur critère socio professionnel.

• 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. 266 et Mineurs, p. 289).* La régularité du séjour de l'ayant droit majeur d'un assuré sur critère socio professionnel est définie par décret (art. D 161 15 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.
En revanche, comme pour l'affiliation sur critère socioprofessionnel, les VLS TS le permettent *(voir supra).*

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.

• 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 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

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

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 mineurs, notamment au titre d'ayants droit d'un assuré *(voir Mineurs, p. 290).*

• Les accidentés du travail et victimes de maladie professionnelle (AT/MP). Aucune condition de régularité du séjour et de travail n'est exigée pour le bénéfice 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 » (L 313 11 9e Ceseda).

• Les détenus. S'ils étaient en situation irrégulière avant leur incarcération, les détenus étrangers sont couverts par l'assurance maladie (L 381 30 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 CSS), la couverture ne s'étendant pas à leurs ayants droit hors les murs même mineurs (L 380 30 1 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. 225).* 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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

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, 4e édition, 2012

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Gisti, La Protection sociale des étrangers par les textes internationaux, coll. Les cahiers juridiques, déc. 2008 (nouvelle édition en 2015)

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 leurs revenus à l'administration fiscale. 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 9 601 € par an [montant au 1er oct. 2014], 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 CSS) figurant sur l'avis d'imposition du foyer (dont ayants droit).

• Période de référence : l'année civile précédente (art. D 380 1 CSS). Jusqu'au 1er 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. À 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 CSS) et donc de justifier de ses ressources au delà des douze mois précédents.

• Refus d'affiliation faute 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. 255).*

IMMATRICULATION ET ÉTAT CIVIL DES MAJEURS
(POUR LES MINEURS VOIR, P. 294)

• 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	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 passeport (instruction CNAM lettre réseau LR DRM 10.2004 du 28 janv. 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, délais de remboursement plus longs hors du département…).

• Pour l'identifiant national en Aide médicale État (AME), *voir Justificatifs d'identité et immatriculation, p. 245.*

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. 233).*

• 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 CSS et circulaire DSS/2A/99/701 du 17 déc. 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 janv. 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 *(voir p. 236).*

• En cas de réception d'une facture de l'hôpital, il faut prendre contact avec le service des frais de séjour (ou des traitements

« 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. »*

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 CSS) **est fixé à 1 an pour la couverture de base** (art. R 161 3 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. 214)*. 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 1 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, sauf fraude ou départ du territoire. 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. 236).*

• **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 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 juill. 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** » 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. 200).* 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. 238)* ou de l'AME *(voir Dispense d'avance des frais p. 261).* 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.

• **Les feuilles de soins des particuliers** doivent être présentées à la caisse dans un délai de 2 ans à compter du 1er jour du trimestre suivant celui des soins, sous peine de prescription, la caisse ne remboursant plus, passé ce délai (art. L 332 1 et L 161 14 1 CSS). Pour les établissements publics le délai est de 1 an après les soins ou la sortie d'hospitalisation (L 162 25 CSS).

• Le « 100 % », c'est à dire les cas d'exonération du ticket modérateur (art. L 322 2 et R 322 1 CSS), concerne les hospitalisations à partir du 31e jour, les actes de chirurgie dont le cœfficient 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).

• 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 droits 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

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, http://www.trt 5.org/IMG/pdf/EPProtocoleSoinLoDef 2.pdf

ATTENTION

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

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



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 : « 5e 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 Dispositif)	
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	

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. 202, et Assurance maladie, p. 211

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. 135.

• 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, applicables à l'assuré et à ses ayants droit, 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. 214)* 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 (pour les titulaires d'une pension de retraite de droit français se réinstallant en France, *voir p. 282).* Les étrangers en séjour irrégulier mais assurés sociaux au titre du maintien des droits *(voir Maintien des droits, p. 225)* ne peuvent accéder à la complémentaire CMU faute d'être en séjour régulier (ils peuvent alors demander une AME partielle, *voir p. 262).* 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 pour lequel l'ensemble des ressources du foyer 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 fixé par la CMU C de moins de 35 %, *(voir ACS, p. 239).*

• Le montant du plafond varie selon la composition du foyer (nombre des personnes qui seront également couvertes) :

Plafonds de ressources annuels en complémentaire-CMU selon la taille du foyer 31 décembre 2014 (voir mise à jour sur http://www.cmu.fr/plafonds.php)
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	5 personnes	Par personne supplém.
Métrop.	8 645 €	12 967 €	15 560 €	18 153 €	21 611 €	+ 3 457,807 €
DOM*	9 621 €	14 432 €	17 318 €	20 205 €	24 053 €	+ 3 848,539 €

* 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 sous certaines conditions, et des autres personnes, âgées de moins de 25 ans, à charge et rattachées au foyer fiscal du demandeur (art. R 861 2 CSS).

• Les ressources prises en compte se composent de l'ensemble des ressources du foyer nettes de prélèvements sociaux obligatoires (art. R 861 4 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 CSS)

• Les avantages en nature et le logement. Les avantages en nature ne sont pas pris en compte dans le calcul des ressources. Toutefois, si le demandeur est hébergé gratuitement, bénéficiaire d'une aide au logement (ou plus rarement propriétaire de son logement), un montant forfaitaire mensuel est ajouté aux ressources du foyer (R861 5 CSS). Au 31 décembre 2014 : 61,12 € pour une personne seule ; 106,95 € pour deux personnes (122,23 € si aide au logement) ; 128,34 € pour trois personnes et plus (151,26 € si aide au logement).

• 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 ;
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 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 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 2e 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 déc. 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 CSS pour la complémentaire CMU).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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° 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° 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. 175),* 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, 4e al 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. 223)* et le *« bénéfice immédiat des prestations en nature »* (loi CMU, art. L 161 2 1 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 1er 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 1er 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, 3e al. CSS). Ce délai est de 2 mois à compter de la date de dépôt du dossier complet (art. R 861 16 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 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, 3e al. 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 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, 4e 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 ministérielle du 3 oct. 2002, 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 (art. L 861 5, 5e al. 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 déc. 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 *« 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 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 janv. 2008, LR DDO 22/2008 point 3.). Dans ce cas la nouvelle période de CMU C commencera, sauf procédure d'admission immédiate, le 1er jour du mois suivant l'accord donné sur 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 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 ;

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 n'a rien à payer sous réserve d'une prescription par un médecin ;

chez le dentiste, il n'y n'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 de soins 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 CSS). Ils n'ont donc pas à débourser 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. 200)* **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 pesonnes exclues du bénéfice de la complémentaire CMU du fait de leurs ressources supérieures au montant du 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 équivalent 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 droits 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 %.

Plafonds de ressources pour l'attribution de l'ACS au 31 décembre 2014 (voir mise à jour sur http://www.cmu.fr/plafonds.php)
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	11 670 €	12 989 €
2 personnes	17 505 €	19 483 €
3 personnes	21 006 €	23 380 €
4 personnes	24 507 €	27 277 €
5 personnes	29 175 €	32 472 €
par personnes supplémentaires	+ 4 668,040 €	+ 5 195,528 €

* Sauf Mayotte (et collectivités d'outre-mer) où ni la CMU-C ni l'ACS ne sont applicables.

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 annuels d'observation, www.comede.org

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

• **Le montant de l'aide pour une complémentaire santé** varie selon l'âge du bénéficiaire apprécié au 1er 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 janvier 2013
Actualisation des montants sur le site www.ameli.fr

Âge du bénéficiaire au 1er 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	550 €

• **La demande se fait auprès de la CPAM/CGSS** dans les même 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 (mais 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.

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. 250* dans la partie « Condition de résidence ». Le Dispositif des « soins urgents et vitaux » (DSUV) qui est un système de repêchage pour les non-bénéficiaires de l'AME, est traité *p. 179.* 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. 202

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. 214).* 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. 276).*

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. 250).*

• **L'AME est une prestation sous condition de ressources.** Les étrangers dont les ressources dépassent le plafond annuel fixé pour la complémentaire CMU *(voir p. 251)* 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 DSUV *(voir p. 179).*

• **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. 245);*

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. 244)*;

le bénéficiaire de l'AME n'a pas de carte SESAM Vitale *(voir p. 261)*;

les soins pris en charge ne sont pas identiques à ceux d'un assuré social *(voir p. 259)*.

• **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 (conjoints, ascendants et descendants directs…).

• **Le principe « déclaratif » a été supprimé** par le décret n° 2005 859 du 28 juillet 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 juillet 2005, doit permettre de résoudre les situations délicates où les personnes précaires n'ont que peu de justificatifs écrits.

• **Domiciliation :** les personnes sans domicile stable doivent élire domicile auprès d'un CCAS ou d'un organisme agréé *(voir p. 135)* et joindre à leur demande d'AME copie de leur attestation de domiciliation administrative en cours de validité.

• **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.

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 8 jours à la caisse.

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).

• 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 décembre 2002 ; loi de finances rectificative 2003 du 30 décembre 2003 ; loi de finances pour 2011 du 29 décembre 2010 ; loi du 16 juin 2011 sur l'immigration ; 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 juillet 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 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 27septembre 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° 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. 221),* la caisse ne mettra pas en route une demande d'immatriculation selon la procédure nationale Insee/Sandia *(voir p. 221).* 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. 202)* 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. 204).* 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 1er janvier 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 juill. 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 juillet 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 juillet 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 janv. 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 3 mois est remplie »*.

• Une « condition » de résidence irrégulière *(voir aussi Assurance maladie, p. 211).* L'AME est la seule prestation de droit français spécifiquement limitée aux étrangers en séjour irrégulier *(voir Sans papiers mais pas sans droits, 6e édition, juillet 2013, Les notes pratiques, Gisti).* 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. 241).* 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'usager 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 fourni 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 Dispositif des « soins urgents et vitaux » *(voir p. 179)* 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** (art. L 251 1, 2e al. 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 14e

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 décembre 2010 a été supprimé à compter du 4 juillet 2012, par la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

• L'AME est une prestation sous condition de ressources, c'est à dire réservée aux personnes dont les ressources des 12 mois précédant la demande sont inférieures 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 DSUV *(voir infra).* Le plafond varie selon la composition du foyer (nombre et revenus des personnes qui seront également couvertes).

Plafond de ressources annuel en AME (idem complémentaire-CMU), selon la taille du foyer au 1er janvier 2015
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 supplémt
Métrop.	8 645	12 967	15 560	18 153	+ 3 457,807
DOM*	9 621	14 432	17 318	20 205	+ 3 848,539

* 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 septembre 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 1er 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° **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. […] »* (1er alinéa de l'article 40 du décret du 2 sept. 1954 modifié ; voir également la circ. min. du 27 sept. 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. 263),* à l'exception de l'ascendant, descendant, collatéral jusqu'au 3e 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 1er 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 (non à charge) 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 sept. 1954 modifié) : conjoint marié ne vivant pas au foyer ; partenaire pacsé ; ascendants et descendants en ligne directe sans limitation de degré, vivant ou non avec le demandeur ; gendres et belles filles, limité au 1er degré d'alliance entre alliés ; beau père et belle mère, limité au 1er 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 sept. 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. 231).* 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 sept. 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 juillet 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 du CSS *(voir p. 231).*

• 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 du 2 septembre 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 les caisses 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. Face à ces pratiques restrictives, 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 sept. 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 leur 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 (et n'est pas réservée aux situations d'urgence médicale 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 faite par un médecin** qui doit délivrer un certificat médical (non descriptif) 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 défaussent 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) *(voir aussi Maintien des droits, p. 225);*
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 2 mois à compter du dépôt du dossier complet 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 circ. min. du 27 sept. 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 1er jour du 4e 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 (art. 44 1 du décret du 2 sept. 1954 modifié).

• **Rétroactivité maximale : 30 jours.** **Attention :** ces délais ont été réduits par décret en juillet 2005 (précédemment : 4 mois). Le demandeur dispose désormais d'un délai de 30 jours 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** (art. 44 1 du décret du 2 sept. 1954 modifié). Les caisses sont invitées par circulaire (27 sept. 2005, point 3.1) à faire systématiquement usage, de la rétroactivité lorsque des soins ont été prodigués avant l'ouverture des droits.

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. »

• **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, 2e alinéa CASF précise : « Cette admission est accordée pour une période d'un an »** (circ. du 27 sept. 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, pour éviter tout risque de rupture des droits.

• **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 (circ. du 27 sept. 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 janv. 2008, LR DDO 22/2008, point 3.). Dans ce cas, la nouvelle période d'AME ne commencera qu'à la date de dépôt de la nouvelle demande

(le cas échéant avec une rétroactivité de 30 jours), 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 d'action sanitaire et sociale » 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 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 propres 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).

ATTENTION

Les conditions de droit commun (« entente préalable », « trajet supérieur à 150 km », « reconnaissance d'une ALD », etc.) doivent être remplies.

• 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 décembre 2010, a été supprimée par la loi de finances rectificative du 16 août 2012.

NIVEAU DE COUVERTURE : UNE PRISE EN CHARGE À 100 %

ATTENTION

L'instauration d'un ticket modérateur a été votée en décembre 2002 mais n'était pas appliquée fin 2014.
Il convient cependant de surveiller l'évolution de la réglementation.

• 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'honoraires).

• 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 les dépassements d'honoraires, 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.

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 débourser d'argent auprès des professionnels de santé (art. 44 2 du décret du 2 sept. 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 janv. 2008,

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.*

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. 225),* 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 plastifiéé AME et l'envoi d'une convocation 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 juill. 2005). Il est individuel pour tout bénéficiaire de plus de 16 ans et comporte la photographie du titulaire (art. 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 bénéficiaires de l'AME ou de la complémentaire CMU 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 : 5e 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 annuels 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. 202

PERSONNES CONCERNÉES

- **Liste des ayants droit en assurance maladie :**

le conjoint marié de l'assuré (L 313 3 1° 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° 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° CSS) ;

[jusqu'à 18 ans] les enfants placés en apprentissage (L 313 3 3° CSS) ;

l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au 3e 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 du ménage et à l'éducation de deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré (L 313 3 4° 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).

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. 241 et Difficultés posées par le calcul du plafond de ressources applicables, p. 252)*.

• **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 déc. 2010).

ASSURANCE MALADIE : CONDITIONS DE RATTACHEMENT (VOIR AUSSI POUR LES MINEURS, P. 289)

• **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*) ;

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 nov. 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 nov. 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. 295)* ;

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. 202).
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. 202). 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

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.

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 / AYD	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 déc 2010
AME	NON L251-1 CASF	NON L251-1 CAS + Arrêt CE 07/06/2006

• **Condition de régularité du séjour** *(voir assurance maladie, p. 211).* L'ayant droit majeur étranger 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 (pour les membres de famille de citoyens UE, pour lesquels les listes de titres de séjour ne sont pas opposables, *voir p. 163).*

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* 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
** 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 »

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. 215.*

• 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. 211).* Il convient d'ajouter les titulaires de visa de long séjour valant dispense de titre de séjour *(VLS-TS, voir p. 215).*

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. 221),* **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. 227).* 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 bénéficier 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. 263).*

• 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. 264).*

• **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. 202).* Or la lettre de l'article L 251 1 CASF est sans équivoque *(voir in extenso, p. 241).* De même, la liste des pièces à fournir prévue par le décret n° 2005 860 du 28 juillet 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. 289).*

• **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. 289).*

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'accords avec la France.

Pays concernés par les règlements européens de coordination des régimes de Sécurité sociale :
l'Union européenne (28 pays) : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre (partie grecque), Croatie, 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 1er 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 de demander la transmission d'un « certificat provisoire » de remplacement, selon des modalités propres à chaque pays) ;

elle ne concerne pas les séjours médicaux (soins programmés, pathologies connues avant le séjour en France), mais les soins inopinés (et certains soins liés à la prise en charge, pendant le séjour temporaire en France, de maladies chroniques) ;

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 ar. 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 et au fonctionnaire algérien ce qui exclut les pensionnés 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, les accords de coordination (règlements UE ou conventions bilatérales) peuvent poser une condition de régularité de séjour en France pour pouvoir bénéficier de l'importation des droits en France. Quand elle existe, cette condition n'est généralement pas contrôlée/appliquée par les caisses françaises. Il reste néanmoins utile de vérifier l'existence ou non d'une telle condition dans la convention applicable et de déterminer si la personne concernée dispose d'un droit au séjour en France (notamment pour contester les refus des caisses d'étudier les droits au titre de la législation française au motif d'une éventuelle importation des droits en France). Cette évaluation peut se révéler délicate pour les ressortissants d'un pays de l'UE ou assimilé *(voir p. 165)*.

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

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.

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 préfectures :

la procédure dite « Dublin III » *(voir p. 34)* 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 p. 36)* 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 III » 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 III » 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 (règlement UE « Dublin III » n° 604 2013 du 26 juin 2013) 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. 136).*

• 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.

• L'exigence d'un extrait d'acte de naissance *(EAN, voir p.222)* **et d'un RIB** *(voir p. 218)* 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. 221).*

• L'exigence du premier versement de l'allocation temporaire d'attente (ATA) par Pôle emploi, alors que la personne n'y est pas éligible, 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 »).

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.

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 1ers mois : pas de protection maladie *(voir DSUV, p. 179)*, à partir du 4e mois : AME.

• Demandeur d'asile en début de procédure sous « convocation nominative en préfecture » :

régularité du séjour : « convocation » et « rendez vous » préfecture valent régularité (R 380 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 III » avant arrêté de ré-admission vers un autre État européen :

régularité du séjour : « convocation préfecture Dublin III » 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 1er 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 1er 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° 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 1ers mois : pas de protection maladie *(voir DSUV, p. 179),* à partir du 4e mois : AME.

ABSENCE D'EXTRAIT D'ACTE DE NAISSANCE OU DE PIÈCE D'ÉTAT CIVIL PROBANTE (voir Assurance maladie, Immatriculation, p. 200)

ABSENCE DE RIB/RIP (voir Assurance maladie, p. 218)

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 éventuellement satisfaire à la condition d'ancienneté de présence de plus de 3 mois sur le territoire (affiliation au titre de la CMU base et complémentaire-CMU). La condition de résidence habituelle en France pose des problèmes particuliers pour les titulaires de la carte de séjour mention « retraité ».

Catred, collectif des accidentés du travail, handicapés et retraités pour l'Égalité des droits
http://www.catred.org

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 et de la rente AT MP) 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'État

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 une des seules prestations sociales de droit français (avec la rente AT MP) qui n'est pas liée à la condition de résidence habituelle en France *(voir Panorama et notions clés, p. 202).*

Sur les conditions pour « liquider » (demander à bénéficier de sa retraite), *voir Note pratique du Gisti, Sans papiers mais pas sans droits, p. 57, 6e édition, juillet 2013.*

(nombreux contrôles des caisses d'allocations familiales à l'égard des personnes âgées résidant en foyer, refus d'enregistrement 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).*

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 Conditions d'ancienneté de présence en France, p. 203).* Les paragraphes suivants font le point sur l'assurance maladie (couverture de base). Pour le droit à la complémentaire, *voir La complémentaire-CMU, p. 229.*

• **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 p. 211),* 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, p. 214)* est affiliée à l'assurance maladie en qualité de pensionné sur le fondement de l'article L 311 9 CSS ;

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°, 2° et 3° 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].

NB

Sur l'intérêt de distinguer affiliation sur critères socioprofessionnels et affiliation sur critère de résidence en France ***(affiliation dite « CMU de base »), voir Tableau, p. 197.***

la personne titulaire d'un titre de séjour qui ne figure pas dans la liste de l'article D 115 1 CSS *(voir p. 215),* 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 et la rente AT MP.

• 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 p. 207) :*

les titulaires de carte de séjour « retraité » sont autorisés à vivre en France « par période d'un an maximum » (art. 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 (2e 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, 2e Civ., 21 oct. 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

ATTENTION

l'octroi de droits sociaux en France (par exemple l'assurance maladie « sur critère de résidence ») peut rendre difficile 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.

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 p. 217) :*

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 4e 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 p. 205) ;*

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 4e 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 plus de 6 mois par année civile.

Synthèse sur la protection maladie des titulaires de carte de séjour mention « retraité »

• Nouvelle affiliation à l'assurance maladie sur critères socioprofessionnels (activité professionnelle ou pension de retraite)	NON 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)
• Affiliation en tant qu'ayant droit d'un membre de famille assuré social en France	NON 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)
• Nouvelle affiliation en tant qu'assuré au titre de la CMU de base (L 380-1 du Code de la Sécurité sociale)	POSSIBLE si présence en France au moins 6 mois par an ou si foyer permanent en France ; et avec paiement éventuel d'une cotisation.
• Si pas de CMU de base : assurance maladie limitée aux soins inopinés	Uniquement si 15 ans de cotisation à la retraite (L 161-25-3 du Code de la Sécurité sociale)
• Bénéfice de l'Aide médicale État	NON La condition de séjour irrégulier n'est pas remplie (sauf séjour en France d'une durée supérieure à 1 an ininterrompu)
• Bénéfice du fonds pour les soins urgents et vitaux	NON idem AME

RÉSIDENCE HORS-DE-FRANCE ET ACCORDS INTERNATIONAUX DE SÉCURITÉ SOCIALE (voir Personnes bénéficiaires de droits dans un autre état, p. 270).

• 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 au fonctionnaire (et à certaines conditions, à ses ayants droit) **ce qui exclut les pensionnés notamment retraités** 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.

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, mars 2009

Unafo, *Le Guide du retraité étranger,* http://www.unafo.org/

• 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 de l'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.

ENFANTS MINEURS

Les mineurs de moins de 18 ans bénéficient de protections spécifiques tant sur la base du droit interne que des textes internationaux.
En matière de soins, les mineurs résidant en France font l'objet de dérogations leur permettant un accès aux droits sans délai d'ancienneté de présence. Le rattachement d'un mineur étranger nouvellement arrivé sur la protection maladie de la personne qui en a la charge nécessite de bien maîtriser le cadre juridique applicable. Les conditions de résidence habituelle en France et de charge effective et permanente sont déterminantes. Lorsqu'ils résident en France sans représentant légal (mineur physiquement isolé ou recueilli par un tiers), ces jeunes rencontrent des difficultés supplémentaires d'accès aux droits.

SPÉCIFICITÉS LIÉES AU STATUT DE MINEUR

Lorsque les textes réglementaires font usage du terme « mineur de 18 ans », il faut comprendre « mineur de moins de 18 ans ».

• **Les spécificités liées au statut de mineur** sont développées dans le chapitre *Protection sociale selon le statut, Mineurs isolés étrangers, p. 297.* Elles sont liées d'une part à son « incapacité juridique », et d'autre part à l'existence en France d'un service public de protection de l'enfance.

• **La minorité signifie l'absence de « capacité juridique »,** c'est à dire que le mineur ne peut pas valablement engager les actes de la vie civile sans le consentement de son représentant légal, lequel exerce l'« autorité parentale » et agit pour le compte du mineur. Ainsi, le mineur sans représentant légal *(voir infra Mineur isolé étranger)* ne peut théoriquement ni demander une protection maladie à une caisse, ni se la voir accorder, ni se faire opérer, etc. L'absence de représentant légal pose donc un problème qui nécessite généralement de faire désigner par l'autorité judiciaire un représentant légal de substitution.

• **Les systèmes publics de protection de l'enfance** peuvent intervenir en cas de vacance de l'autorité parentale (mineur

isolé) et/ou en cas de danger pour la santé, la sécurité ou la moralité du mineur *(voir p. 297).*

SPÉCIFICITES LIÉES AU DROIT DE LA PROTECTION MALADIE

Le concept d'« enfant » en droit de l'assurance maladie et de l'Aide médicale État (AME)

Le Code de la Sécurité sociale emploie le terme d'« enfant » comme une catégorie d'ayant droit (art. L 313 3). Pourtant, du point de vue de l'âge, le Code ne réduit pas l'enfant seulement au mineur, mais désigne aussi toute personne jusqu'à 20 ans, sans activité professionnelle, scolarisée entre 16 et 20 ans, et à la charge effective et permanente d'un assuré.

Du point de vue de la filiation, l'enfant ne se réduit ni à l'enfant biologique, ni à celui dont la filiation est officiellement établie avec l'assuré, ni à celui sur lequel l'assuré exerce l'autorité parentale. Le Code de la Sécurité sociale prévoit en effet le rattachement de tout enfant recueilli, même en l'absence de lien juridique avec l'assuré (sous réserve que les autres conditions soient réunies, notamment la démonstration de la charge effective et permanente).

Le formulaire Cerfa de demande de rattachement (S3705, homologué 14445*01) est ainsi restrictif par rapport au droit applicable en ce qu'il prévoit le rattachement seulement sur le « père » et/ou la « mère » de l'enfant.

• **L'absence de lien juridique entre le mineur et l'ouvrant droit ne doit pas empêcher le rattachement d'un jeune de moins de 20 ans** sur la protection maladie de l'adulte qui l'a recueilli, sous réserve de remplir la condition de charge effective et permanente (attention à la condition de scolarisation après 16 ans, et de régularité du séjour après 18 ans). La définition de la catégorie d'ayant droit « enfant » est en effet extrêmement large *(voir développements infra).*

• **Les notions de résidence habituelle en France et de charge effective et permanente de l'assuré sont déterminantes.** Sur ces deux points généraux à toute la protection sociale, *voir respectivement pp. 200 et 216.*

• **La condition de « régularité du séjour » ne peut pas en droit être opposée aux mineurs,** le Code de l'entrée et du séjour des étrangers (Ceseda) ne permettant pas la détention d'un titre

de séjour avant 18 ans (sauf en cas d'activité ou de formation professionnelle entre 16 et 18 ans) et interdisant toute mesure d'éloignement du territoire. Ainsi, l'ayant droit mineur d'un assuré social n'a pas à produire un justificatif de régularité de séjour à la caisse pour se voir rattaché à l'assurance maladie de l'adulte (attention aux autres conditions, *voir infra).* Il arrive pourtant que l'administration traite certains mineurs comme s'ils résidaient en séjour irrégulier, ce qui complique la détermination du type de protection maladie : enfant dont le parent est en séjour irrégulier (rattaché à l'AME du parent), et mineur étranger isolé non recueilli (renvoyé vers l'AME à la demande de la direction de la Sécurité sociale).

• **Le délai d'ancienneté de présence en France de 3 mois,** fréquemment applicable aux dispositifs de protection maladie *(voir tableau de synthèse, p. 204)* n'est en principe pas opposable aux mineurs pour l'accès à une protection maladie. En matière d'Aide médicale État de droit commun, le Conseil d'État (CE n° 285576 ; 7 juin 2006) a jugé que les mineurs devaient y accéder sans délai, le seul DSUV ne suffisant pas à garantir un niveau d'accès aux soins satisfaisant pour les mineurs (à noter que le Code de l'action sociale et des familles ne fait pas apparaître cette exception). En matière de rattachement à l'assurance maladie d'un assuré sur critère de résidence (assuré dit au titre de la « CMU de base »), le Conseil d'État a également écarté cette condition pour les mineurs (CE n° 335 738 ; 23 déc. 2010).

• **Les mineurs ne relèvent pas, en pratique, du Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV),** bien que rien dans la réglementation n'interdise qu'un mineur en soit bénéficiaire. L'administration a tiré les conséquences de l'arrêt du Conseil d'État de 2006 *(voir supra)* et indique que les mineurs relèvent de l'Aide médicale État de droit commun et non pas du DSUV (circ. min. DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008 04 du 7 janv. 2008).

Méthode de détermination de la protection maladie d'un mineur

Pour déterminer la protection maladie d'un jeune résidant, il est nécessaire de croiser cinq paramètres :

isolement du jeune, ou existence d'un adulte assumant la charge effective et permanente du jeune, ou placement ASE (Aide sociale à l'enfance) ou PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse) ;

existence, ou non, d'une protection maladie de l'adulte accompagnant ou rejoint ;
type de protection de l'adulte (assurance maladie ou AME) ;
ancienneté de présence en France de l'adulte/du mineur supérieure à 3 mois ;
régularité du séjour en France de l'adulte, dont visa en cours de validité ou non (de l'adulte et du mineur).

MINEUR REJOIGNANT (OU RECUEILLI PAR) UN PARENT OU UN TIERS, LUI-MÊME DÉJÀ BÉNÉFICIAIRE D'UNE PROTECTION MALADIE (ASSURANCE MALADIE DE DROIT FRANÇAIS OU AME)

• Le jeune rejoignant relève de la protection maladie de l'adulte qu'il rejoint. Il s'agit donc d'une procédure de rattachement d'un nouvel ayant droit à l'assurance maladie ou d'un nouveau membre du foyer AME (sur la différence entre les ayants droit assurance maladie et le foyer AME, *voir p. 263).* Plusieurs problèmes pratiques se posent fréquemment, qui, en droit, ne doivent pas faire obstacle au rattachement de l'enfant.

• Le défaut de lien juridique enfant/adulte : le cas du mineur pris en charge par un tiers :

en l'absence de toute filiation établie, en l'absence de toute décision officielle confiant l'enfant à l'adulte l'ayant recueilli (y compris en l'absence d'adoption, de tutelle, ou d'équivalent en droit étranger comme la *kafala* algérienne ou marocaine) et en l'absence de toute délégation officielle d'autorité parentale, une intervention argumentée auprès du CSS est généralement nécessaire ;

le rattachement est possible en droit, le code prévoyant explicitement le cas de l'enfant dont la filiation n'est pas légalement établie (2° de l'article L 313 3 CSS) ;

Article L 313-3 du Code de la Sécurité sociale

Par membre de la famille, on entend :
1°)
2°) jusqu'à un âge limite [16 ans ; R 313 12 CSS], 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 ;
3°) jusqu'à des âges limites et dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État :

a) les enfants placés en apprentissage dans les conditions déterminées par le Code du travail [18 ans ; R 313 12 CSS] ;
b) les enfants qui poursuivent leurs études [20 ans ; R 313 12 CSS] ;
c) les enfants qui, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, sont dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié [20 ans ; R 313 12 CSS] ;
[…]

– **attention :** le formulaire Cerfa de demande de rattachement (S3705, homologué 14445*01) est très ambigu en proposant le rattachement à la « mère », au « père » ou aux deux « parents ». De plus, la notice est particulièrement dissuasive en indiquant : *« La filiation naturelle, légitime ou adoptive entre l'enfant et le ou les parents qui demande(nt) le rattachement, doit être légalement établie »,* avant de compléter par *« La demande de rattachement peut également être faite pour un enfant pupille de la nation dont l'assuré(e) est tuteur(trice), ou pour un enfant recueilli. Ce dernier peut être un petit fils, une petite fille. »* Enfin, la liste des pièces à fournir indique : *« Une copie du livret de famille mis à jour ou, à défaut, de l'extrait d'acte de naissance de l'enfant ou, le cas échéant, une copie du document attestant que vous êtes tuteur de l'enfant ou attestant de sa qualité d'enfant recueilli » ;*
ce rattachement suppose que l'adulte exerce effectivement la charge effective et permanente de l'enfant. Cette charge devra être justifiée par tout moyen permettant de montrer que l'adulte pourvoit à l'hébergement et à l'entretien de l'enfant (la nourriture, l'habillement de l'enfant, le suivi de sa scolarité…, *voir Ayants droit et membres de la famille, p. 264).* Au besoin, une attestation sur l'honneur décrivant les conditions de recueil de l'enfant devra être produite sur papier libre (le formulaire Cerfa ne précise rien sur ce point) ;
si l'adulte recueillant n'est ni le représentant légal ni pourvu d'une délégation partielle d'autorité parentale, il faudrait théoriquement demander au représentant légal (par exemple les parents restés à l'étranger conservant l'exercice de l'autorité parentale) l'autorisation de procéder au rattachement. Cependant, le ministère indique par voie de circulaire qu'il est possible de procéder à l'ouverture de droits de mineurs juridiquement isolés (sans représentant légal en France) : point II. 2 2 B de la circulaire ministérielle du 8 septembre 2011 n° DSS/2A/2011/351 ;

en cas de vacance de l'autorité parentale (mineur juridiquement isolé dont le représentant légal est inexistant ou injoignable), il convient de mettre en œuvre sans délai une procédure de signalement à l'autorité administrative et/ou judiciaire aux fins de désignation d'un représentant légal (généralement par une procédure de tutelle).

• Le défaut de pièce d'état civil ou d'identité du mineur. Il convient, si possible, de produire toutes les pièces d'état civil ou d'identité permettant d'identifier le mineur. En cas de difficulté, il faudra justifier auprès de la caisse des raisons de l'absence de document d'identité.

à noter que l'absence de livret de famille ne doit jamais conduire à refuser un rattachement, puisque, si le lien de filiation n'était pas démontré par un écrit, l'enfant resterait cependant rattachable à l'adulte en qualité d'enfant recueilli *(voir supra);*

à défaut de tout document d'identité, produire une déclaration sur l'honneur avec mention de la filiation;

pour les enfants de demandeurs d'asile, certaines caisses procèdent à l'ouverture de droits à l'assurance maladie pour les parents (avec immatriculation sur la base du titre de séjour provisoire délivré par la préfecture) tout en refusant de rattacher les enfants (faute pour les enfants de détenir une pièce d'état civil probante, les enfants de demandeurs d'asile n'étant pas titulaires d'un titre de séjour provisoire). Il convient de rappeler aux caisses que les demandeurs d'asile sont interdits de contact avec leur autorité nationale (consulat de leur pays en France) étant donné qu'ils demandent une protection internationale à la France. L'établissement de nouvelles pièces d'état civil est de ce fait compromise pendant le temps de la demande d'asile (l'Ofpra n'est compétent pour établir des documents d'état civil que pour les seules personnes reconnues réfugiées statutaires et certains protégés subsidiaires, non pas pour les demandeurs d'asile en cours de procédure);

en tout état de cause, et en l'absence de documents probants permettant de certifier l'état civil, il convient de demander à la caisse de procéder à une immatriculation provisoire afin de permettre l'accès aux droits et aux soins du mineur. Ce point est essentiel, dans un contexte où les conditions de certification de l'état civil en vue de l'immatriculation définitive des assurés sociaux sont restreintes depuis 2012 *(voir Immatriculation, p. 220).*

• Le défaut de titre de séjour. Il ne peut pas être opposé au mineur, du fait que seul l'ayant droit majeur est astreint à l'obligation de séjour régulier selon l'article L 161 25 2 du CSS.

En revanche, le rattachement d'un ayant droit en qualité d'enfant scolarisé entre 18 ans et 20 ans requiert la production d'un titre de séjour *(voir Définition et exceptions, pp. 200 et 216).*

• **Le défaut de « certificat médical de l'Ofii ».** Ce certificat attestant que l'enfant est entré en France dans le cadre du regroupement familial ne peut pas être demandé au mineur, puisque aucun texte ne conditionne l'accès à la protection maladie à une telle procédure.

• **Le défaut de certificat de scolarité.** Il ne peut pas être exigé avant l'âge de 16 ans. Ce point peut poser problème, certaines caisses considérant à tort que l'obligation scolaire pesant sur les moins de 16 ans impose la production d'un tel certificat. Cependant, si la scolarisation effective doit être recherchée, il arrive que les enfants nouvellement arrivés en France ne parviennent pas à trouver rapidement un établissement scolaire. Ces enfants doivent cependant pouvoir être rattachés à la protection maladie de l'adulte qui les accueille, sans que les difficultés de scolarisation les privent d'accès aux droits. Par ailleurs, un certificat de scolarité peut constituer un justificatif de résidence habituelle en France. En revanche, au delà de 16 ans, seul l'« enfant » scolarisé (voir les autres cas à l'article L 313 3 CSS) peut être rattaché à un adulte. À défaut, il convient d'étudier le droit de l'enfant à bénéficier d'une protection maladie à titre personnel.

• **Le défaut d'ancienneté de présence en France (3 mois).** Cette condition n'est pas exigible de l'ayant droit mineur, ni en AME ni en assurance maladie (et ce même si l'adulte est affilié au titre de la résidence en France, affiliation dite au titre de la « CMU de base »; *voir les sources, p. 204).*

• **Les ressources de l'adulte supérieures au plafond AME.** Un mineur est éligible à l'AME de droit commun, même si les ressources de l'ensemble du foyer dépassent le plafond de ressources (dans ce cas les « parents » restent, eux, exclus de toute protection maladie); voir point II. 2 2 B de la circulaire ministérielle du 8 septembre 2011 n° DSS/2A/2011/351.

• **La domiciliation** *(voir Domiciliation, p. 135).*

MINEUR ACCOMPAGNANT UN ADULTE, TOUS DEUX NOUVELLEMENT ARRIVÉS EN FRANCE

• La détermination de la protection maladie au cours des trois premiers mois de présence en France est complexe dans le cas où l'adulte nouvellement installé en France n'est pas éligible à une protection maladie *(voir les exceptions Panorama et notions clés de l'accès aux droits, p. 202).* En tout état de cause, le mineur nouvellement arrivé en France, résidant, doit pouvoir bénéficier a minima de l'Aide médicale État de droit commun alors même que l'adulte accompagnant n'y est pas éligible (pour défaut d'ancienneté de présence en France ou ressources supérieures au plafond). Dans le cas où l'adulte ou le mineur est sous visa en cours de validité (sur la lecture de la période de séjour régulier sous visa, *voir p. 182),* certaines caisses refusent le droit à l'Aide médicale État au motif que cette dernière est réservée aux personnes en séjour irrégulier. Une telle pratique est contestable, le Conseil d'État ayant indiqué que les engagements internationaux de la France interdisent que les enfants connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé.

Conseil d'État, arrêt n° 285576, 7 juin 2006

« Considérant qu'aux termes de l'article 3 1 de la convention relative aux droits de l'enfant du 26 janvier 1990 : *« Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées, de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale »* ; que ces stipulations qui, conformément à l'article 1er de cette convention, s'appliquent à *« tout être humain âgé de moins de dix huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en vertu de la législation qui lui est applicable »,* interdisent que les enfants ainsi définis connaissent des restrictions dans l'accès aux soins nécessaires à leur santé ; que, par suite, en tant qu'il subordonne l'accès à l'Aide médicale État à une condition de résidence ininterrompue d'au moins 3 mois en France, sans prévoir de dispositions spécifiques en vue de garantir les droits des mineurs étrangers et qu'il renvoie ceux ci, lorsque cette condition de durée de résidence n'est pas remplie, à la seule prise en charge par l'État des soins énoncés à l'article L 254 1 du Code de l'action sociale et des familles, c'est à dire, ainsi qu'il a été dit plus haut, des seuls 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 », l'article 97 de la loi de finances rectificative du 30 décembre 2003 est incompatible avec les stipulations précitées ; qu'il suit de là que les décrets attaqués sont illégaux en tant qu'ils mettent en œuvre cette disposition législative à l'égard des mineurs étrangers. »

LE MINEUR ISOLÉ ÉTRANGER

• Le mineur isolé juridiquement et physiquement, sans représentant légal ni hébergeant identifiés, ne peut ouvrir seul des droits à une protection maladie. Ce cas de figure impose généralement, au delà de l'accès à la protection maladie, l'orientation immédiate vers le service de l'Aide sociale à l'enfance du département de résidence (l'isolement juridique et physique justifiant en soi une mesure de protection de l'enfance). En ce qui concerne la protection maladie, la direction de la Sécurité sociale (ministères de la Santé, des Affaires sociales, et des Finances) a décidé de renvoyer ces jeunes vers le dispositif d'Aide médicale État de droit commun, sauf s'ils sont pris en charge par l'ASE ou la PJJ, auquel cas ils relèvent de l'assurance maladie (circ. min. du 8 sept. 2011 n° DSS/2A/2011/351 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). Cette instruction induit de la confusion en faisant peser sur l'Aide médicale État la charge de migrants en séjour régulier. Le ministère de la Santé indique également par voie de circulaire qu'il est possible de procéder à l'ouverture des droits de mineurs juridiquement isolés sans l'accord explicite du représentant légal (point II. 2 2 B de la même circ. min.).

• Cas du mineur déclaré majeur par l'ASE (PJJ). Si l'ASE ou la PJJ refusent de venir en aide au jeune au motif que la minorité n'est pas prouvée (ou contestée par l'examen médico légal, *voir Protection sociale selon le statut, Mineurs isolés étrangers, p. 138),* les administrations et services sociaux risquent malgré tout de considérer le jeune comme mineur (notamment au vu des documents d'état civil). Le jeune est alors considéré comme majeur par certains organismes et mineur par d'autres. Si ce point pose des problèmes aigus, en matière d'accès à l'hébergement d'urgence notamment, il convient malgré tout d'orienter ces jeunes vers les caisses de Sécurité sociale

compétentes malgré le défaut de représentant légal, la circulaire ministérielle précitée invitant clairement à procéder à l'examen des droits à l'AME.

• Le cas du mineur étranger hospitalisé au long cours, à la charge de ses parents bien que ceux ci ne résident pas en France (mais y passent régulièrement pour rendre visite à l'enfant), pose des problèmes complexes de détermination d'une éventuelle protection maladie de droit français. Il convient alors de tenir compte simultanément de :

l'existence d'une éventuelle prise en charge financière par la caisse du pays d'origine ;

la situation du/des parents au regard du séjour en France ;

l'absence de personne en France assumant effectivement la charge de l'enfant ;

la gravité de l'état de santé du mineur, et ses conséquences sur son retour au pays ou la nécessité de son maintien en France.

Les caisses de Sécurité sociale ne sont pas fondées à refuser l'AME au seul motif que le/les parent(s) ne sont pas « résidents habituels » en France. Les enfants comoriens résidant à Mayotte (où le dispositif AME ne s'applique pas) peuvent bénéficier de l'AME lors de leur hospitalisation dans un hôpital de métropole ou de la Réunion (Cnamts ; Point CMU n° 81 du 27 févr. 2009).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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







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. »

PRINCIPES JURIDIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

L'intervention des médecins auprès des migrants/étrangers doit tenir compte de la situation fréquente de précarité conduisant les personnes concernées à devoir produire des documents médicaux en faveur de leur situation socio-administrative. L'accès aux soins ainsi que la continuité des soins en cas de maladie grave vont dépendre en premier lieu de la capacité des médecins, et de l'ensemble des professionnels de santé, à faire prévaloir les principes de protection de la santé et de non-discrimination dans un contexte parfois difficile. Dans tous les cas, les médecins sollicités doivent respecter les principes juridiques encadrant la délivrance des soins et des documents médicaux. Le Code de déontologie médicale, parfois méconnu des médecins, constitue un outil précieux d'aide à la décision dans des situations souvent complexes et sensibles.

PRINCIPES JURIDIQUES ET DÉONTOLOGIQUES DE L'INTERVENTION MÉDICALE

• **Partie intégrante du Code de la santé publique, le Code de déontologie médicale précise les dispositions réglementaires concernant les différents modes d'exercice de la médecine, soins, contrôle et expertise.** Il a une portée obligatoire puisqu'il revêt la forme d'un décret signé du Premier ministre.
Ses prescriptions ne sont pas de simples recommandations, mais des règles de droit qui s'imposent à tous les médecins et que les tribunaux sont tenus de faire respecter. Les décisions des chambres disciplinaires de l'Ordre des médecins, qui en constituent les juridictions administratives, peuvent être déférées au Conseil d'État par la voie du recours en cassation. Toute personne peut porter plainte contre un médecin devant l'Ordre des médecins.

• Le médecin est « au service de l'individu et de la santé publique ». Ce principe général est fixé dès le début du Code (art. 2), précédant le respect absolu du secret professionnel, « institué dans l'intérêt des patients » (art. 4) et le principe de non discrimination (art. 7). Pour exercer ses missions de protection de la santé (art. 12), le médecin doit veiller à ce que, « quelles que soient les circonstances », la continuité des soins aux malades [soit] assurée » (art. 47) et doit « faciliter l'obtention d'avantages sociaux » liés à l'état de santé (art. 50). Il est personnellement responsable de ses actes avec, en corollaire, la nécessité de préserver son indépendance professionnelle (art. 95).

• Le médecin est « au service de l'humanité », comme le propose l'Association médicale mondiale depuis le serment de Genève de 1948. Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, ce service implique non seulement « donner des soins aux malades, mais aussi, être le défenseur de leurs droits, de l'enfant dès sa conception, du vieillard, du mourant, du handicapé et de l'exclu des soins, lutter contre les sévices quels qu'ils soient et quelles que soient les circonstances. Il doit être un acteur vigilant et engagé dans la politique de santé publique. » Cette notion d'engagement est importante pour dissiper les confusions associées au « devoir de neutralité » dans un contexte socialement sensible. Lorsqu'elle contrevient au devoir de protection de la santé, la « neutralité » constitue souvent une erreur et parfois une faute.

• L'établissement de « certificats, attestations et documents » est une des fonctions du médecin (art. 76). Le médecin ne peut s'y soustraire que pour des raisons précises. Il a l'obligation de délivrer les certificats et rapports exigés par les lois et règlements (incluant le rapport médical pour le droit au séjour, *voir p. 312).* Quand ce n'est pas le cas, le médecin apprécie s'il y a lieu ou non de délivrer le certificat qui lui est demandé. Il doit écarter les demandes abusives et refuser les certificats de complaisance (art. 28).

• L'indépendance des médecins constitue la clef de voûte de l'exercice médical, dirigé vers les seuls intérêts des patients, et qui ne saurait dépendre d'influences tierces ou de liens d'aucune sorte (art. 5 et 95). L'indépendance du médecin étant avant tout un droit du patient, le médecin salarié ne peut accepter que ses avis, ses actes, ses prescriptions, y compris la rédaction de ses certificats, soient limités par des directives contraires aux dispositions du Code de déontologie médicale.

• Les médecins qui exercent des fonctions de contrôle et d'expertise sont également assujettis au Code de déontologie médicale, et ce qu'ils soient inscrits ou non à l'Ordre des médecins. Leurs interventions peuvent concerner l'ensemble de la population, comme dans le cas des médecins conseils de la Sécurité sociale, ou s'adresser exclusivement aux étrangers, comme pour les médecins intervenant à l'Ofii ou encore les médecins des agences régionales de santé dans les procédures « étrangers malades » *(voir p. 312).* Leur indépendance doit également être totale, de même que la limitation de leurs interventions au cadre de leurs missions, incompatibles avec les activités de prévention et de soin (art. 100, 105 et 106). Ils doivent tenir informé le médecin traitant de leurs conclusions.

• Les médecins intervenant dans les lieux d'enfermement administratif *(voir Centres de rétention et zones d'attente, p. 94)* **y exercent une mission de prévention et de soins.** Leur intervention doit se situer dans le strict respect du cadre déontologique, sur le plan des soins et de la certification médicale, dans l'intérêt et à la demande du patient (art. 2 et 10), notamment en cas d'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien ou l'éloignement *(voir p. 123).* À l'inverse, en cas de demande par l'administration ou la justice de délivrer un « certificat de compatibilité avec le maintien et/ou l'éloignement », le médecin doit se récuser (art. 105 et 106).

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE (ART. R 4127 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE)

Code intégral et commentaires sur : www.conseil-national.medecin.fr

• Art. 2 - Respect de la vie et de la dignité de la personne. Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (...)

• Art. 4 - Secret professionnel. Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est à dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris.

• Art. 5 - Indépendance professionnelle. Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

• Art. 7 - Non-discrimination. Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toute circonstance. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée.

• Art. 10 - Personne privée de liberté. Un médecin amené à examiner une personne privée de liberté ou à lui donner des soins ne peut, directement ou indirectement, ne serait ce que par sa seule présence, favoriser ou cautionner une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de cette personne ou à sa dignité. S'il constate que cette personne a subi des sévices ou des mauvais traitements, il doit, sous réserve de l'accord de l'intéressé, en informer l'autorité judiciaire.

• Art. 12 - Concours apporté à la protection de la santé. Le médecin doit apporter son concours à l'action entreprise par les autorités compétentes en vue de la protection de la santé et de l'éducation sanitaire.

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

• Art. 40 - Risque injustifié. Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et les interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié.

• 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 nommément 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. 69 - Caractère personnel de l'exercice.** L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes.

• **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, 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, à une collectivité ou à 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.

• **Art. 100 - Non-cumul des rôles de contrôle, de prévention, de soins.** Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne.

• **Art. 105 - Non-cumul des rôles d'expert et de médecin traitant.** Nul ne peut être à la fois médecin expert et médecin traitant d'un même malade. Un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services.

• Art. 106 - Cas où le médecin expert doit se récuser. Lorsqu'il est investi d'une mission, le médecin expert doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent Code.

AUTRES PRINCIPES JURIDIQUES DE PROTECTION DE LA SANTÉ

• Les principes abordés par le Code de déontologie médicale se retrouvent parmi l'ensemble des acteurs de la santé, du social et de l'Administration. Ces principes sont notamment édictés par des textes internationaux, des directives européennes, le préambule de la Constitution, le Code pénal ou encore d'autres sections du Code de la santé publique (CSP).

• Non-discrimination - Art. L 1110-3 du CSP. Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins. (...)

• Protection de la santé - Art. 11 du préambule de la Constitution de 1946. [La nation] garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

• Protection de la santé - Art. L 1110-1 du CSP. Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous les autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

• Droit aux soins les plus appropriés - Art. L 1110-5 du CSP. Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui ci requiert, le droit de recevoir les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent

la meilleure sécurité sanitaire au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté.

• **Respect de la dignité - Art. L 1110-2 du CSP.** La personne malade a droit au respect de sa dignité.

• **Respect du secret professionnel - Art. L 1110-4 du CSP.** Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes ou toute autre personne en relation de par ses activités avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

• **Violation du secret professionnel - Art. 226-13 du Code pénal.** La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. **Art. 226-14 du Code pénal.** L'article 226 13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. (...) *[notamment en cas de privations, violences, sévices, mutilations sexuelles infligés à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique; ou en raison du caractère dangereux des personnes pour elles mêmes ou pour autrui].*

DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX LIEUX D'ENFERMEMENT ADMINISTRATIF POUR LES ÉTRANGERS

(VOIR ÉLOIGNEMENT ET ENFERMEMENT DES ÉTRANGERS, P. 94)

• **Assistance d'un médecin en zone d'attente - Art. L221-4 du Ceseda.** L'étranger maintenu en zone d'attente est informé, dans les meilleurs délais, qu'il peut demander l'assistance d'un interprète et d'un médecin (...).

• Assistance d'un médecin en centre de rétention – Art. L551-2 du Ceseda. L'étranger est informé dans une langue qu'il comprend et dans les meilleurs délais que, à compter de son arrivée au lieu de rétention, il peut demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil ainsi que d'un médecin (...).

• Attention particulière et traitement indispensable – Art. 16-3 de la directive CE/115/2008 (directive « retour »). Conditions de rétention. Une attention particulière est accordée à la situation des personnes vulnérables. Les soins médicaux d'urgence et le traitement indispensable des maladies sont assurés.

• Soins et soutien aux personnes vulnérables – Art. 11-1 de la directive 2013/33/UE (directive « accueil »). Placement en rétention de personnes vulnérables et de demandeurs ayant des besoins particuliers en matière d'accueil. L'état de santé, y compris l'état de santé mentale, des demandeurs placés en rétention qui sont des personnes vulnérables est pour les autorités nationales une préoccupation primordiale. Lorsque des personnes vulnérables sont placées en rétention, les États membres veillent à assurer un suivi régulier de ces personnes et à leur apporter un soutien adéquat, compte tenu de leur situation particulière, y compris leur état de santé.

• Interdiction et prévention de la torture - Art. 3 de la Convention européenne des droits de l'homme. Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants *(voir Violence et santé, p. 368).*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Droit à la santé des étrangers : état d'alerte,* Maux d'exil n° 41, septembre 2013

Comede, *L'enfermement : mauvais traitement pour les étrangers,* Maux d'exil n° 38, décembre 2012

Ordre national des médecins, Commentaires du Code de déontologie, www.conseil national.medecin.fr

Fumcra, Fédération des unités médicales des centres de rétention administrative, *Avis concernant les certificats médicaux de compatibilité avec une mesure de rétention et/ou avec une mesure d'éloignement,* décembre 2011

CERTIFICATION MÉDICALE ET DEMANDE D'ASILE

Le contexte de restriction du droit d'asile en France et en Europe favorise la recherche de « preuves » de toutes sortes, au premier rang desquelles le « certificat médical de sévices et torture » destiné à l'Ofpra ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA). Une telle demande peut s'avérer dangereuse pour la santé du patient et pour le droit d'asile, en raison de la place qu'elle occupe dans le processus de sélection des réfugiés. D'un point de vue médical et psychologique, un tel certificat n'est justifié que dans le cas où le patient aurait des difficultés à « raconter » son récit de demandeur d'asile en raison de son état de santé, en premier lieu la santé mentale.

Voir aussi Principes juridiques et déontologiques, p.300, Droit d'asile, p. 31 et Violence et santé, p. 368

CONTEXTE ET DANGERS

Attention à ne pas confondre certificat médical pour l'asile (Ofpra/CNDA) et rapport médical pour le séjour (préfecture, *voir article suivant*). La mention de pathologies sans rapport avec les situations prévues par la convention de Genève peut être néfaste pour la demande d'asile en laissant croire que l'exil aurait été motivé par des raisons médicales.

• **Le certificat médical est facultatif pour la reconnaissance du statut de réfugié.** La convention de Genève applique en effet le terme de réfugié « à toute personne craignant avec raison d'être persécutée en raison de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social, ou ses opinions politiques » (art. 1er A2). Le certificat médical est souvent demandé lorsque les lésions post traumatiques évoquées sont invisibles pour le juge, parce qu'il ne peut constater les signes du corps vêtu, ou parce qu'il n'a pas appris à en déchiffrer

les symptômes psychologiques. Mais dans la mesure où la reconnaissance du statut de réfugié passe en premier lieu par la capacité du demandeur à transmettre son « récit » aux instances décisionnaires, un certificat médical ne devrait être utilisé que dans le seul cas où cette capacité est altérée par des problèmes de santé, le plus souvent de santé mentale.

• **Mythe et limites de la « preuve ».** La torture est un processus systématisé de destruction de l'intégrité physique, psychique et sociale, et ne laisse le plus souvent aucune « trace » probante. La plupart des séquelles physiques disparaissent en quelques semaines, et les signes psychologiques post traumatiques n'ont aucune spécificité. Ainsi, l'absence d'éléments médicaux ne peut être évoquée pour nier la torture. Inversement, la causalité des sévices évoqués n'étant presque jamais démontrable, la « compatibilité entre les constatations du médecin et les déclarations du patient » n'a pas valeur formelle de preuve.

• **La demande du certificat « de sévices » est dangereuse pour la santé des patients.** En dépit de toutes les précautions, l'entretien risque de provoquer ou d'exacerber chez le patient des troubles post traumatiques en sollicitant des impressions et souvenirs douloureux, à un stade du processus thérapeutique où le patient n'est pas « prêt ». Le risque est aggravé lorsqu'un tel entretien se situe hors du cadre d'une prise en charge thérapeutique, avant que ne s'instaure un climat de confiance entre le patient et le thérapeute. Aussi la prétendue « urgence » de l'obtention du certificat est elle particulièrement nocive, surtout si les « confessions » doivent transiter par un accompagnant.

• **La conscience et la compréhension par le thérapeute de ses propres réactions de contre-transfert sont primordiales.** La suridentification ou la « toute puissance » du « sauveur » accentuent le risque traumatique. La colère du certificateur vis à vis des tortionnaires, avec son risque de subjectivité, peut se tourner contre les instances de décision, les autres intervenants ou les patients, en raison de l'exposition à un degré inhabituel d'anxiété ou de l'impression d'être « utilisé ». Cette colère peut conduire à la négation du traumatisme, par le refus de certifier ou la sous estimation de la gravité, ou au contraire à sa stigmatisation, notamment en situation « d'urgence », par une profession de foi sur la « crédibilité » de l'exilé qui déborde du champ déontologique et de la fonction du médecin.

ATTENTION

D'autres situations produisent également des demandes de certificats dans le cadre de la demande d'asile (certificats de « non excision », ***voir Violence liée au genre, p. 380***), certificats d'« intégrité des empreintes digitales », ***voir infra bibliographie***), qui posent également d'importants problèmes d'ordre éthique et dont l'éventuelle délivrance doit se faire dans le strict respect du Code de déontologie médicale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Certification médicale et droit d'asile, risques et dérives,* Maux d'exil n° 34, 2011

Comede, Rapport d'observation 2014

Didier E., *Torture et mythe de la preuve,* Plein droit n° 18 19, 1992

Veïsse A., *Les lésions dangereuses,* Plein droit nos 56, 32 34, 2003

EN PRATIQUE

• Il s'agit d'une expertise officieuse réalisable par tout médecin, la saisine d'expert médico judiciaire n'étant jamais mise en pratique par la CNDA. Il est préférable que le médecin traitant rédige lui même le certificat, à condition qu'il soit informé du contexte de la demande et des règles de la certification. La connaissance préalable du patient et la relation thérapeutique déjà instaurée permettent alors de limiter les risques traumatiques. À défaut, le recours à un médecin légiste est possible. Dans tous les cas, l'impartialité de l'expertise est indispensable vis à vis des deux parties.

• Évaluation préalable de la demande. Sur un plan réglementaire, le médecin est toujours en droit de refuser de délivrer un certificat qui n'est pas prescrit par un texte officiel. En outre, lorsqu'un tel certificat est demandé directement par un tiers, la déontologie conseille au médecin de refuser, sauf si cette demande est reprise à son compte par le patient. Le contexte plus large de la demande d'asile *(voir supra)* doit également être pris en compte. Le médecin devra évaluer la situation au cas par cas, en lien avec les cothérapeutes, dont les psychologues investis dans le soin, et intégrer le cas échéant la rédaction et la délivrance du certificat au sein du processus thérapeutique.

• Éviter la certification « en urgence », qui augmente les risques traumatiques, surtout en l'absence de bonnes conditions de communication. L'évaluation de la demande et la rédaction du certificat réclament du temps, de préférence réparti entre deux ou trois consultations. Le recours à un interprète professionnel est parfois nécessaire. Bien que souvent signalée par les uns ou les autres, l'« urgence » n'est jamais justifiée. S'ils estiment qu'un certificat médical est nécessaire, les juges de l'Ofpra ou de la CNDA peuvent attendre le délai requis après l'entretien ou l'audience pour rendre leur décision. Pour rassurer le patient en vue de sa convocation, il peut être utile de lui remettre une attestation signalant qu'un certificat lui sera délivré.

• Rédaction du certificat *(voir infra).* De préférence dactylographié, le certificat doit conclure à la compatibilité entre les déclarations du patient et les observations médico psychologiques. En l'absence de symptomatologie, le certificat médical est contre indiqué, dans la mesure où la retranscription exclusive des déclarations du patient renforcerait davantage la négation de la parole du demandeur d'asile en prétendant la valider par celle du médecin.

MODÈLE DE CERTIFICAT DESTINÉ À LA DEMANDE D'ASILE

Fait à ..., le ...

Je soussigné(e) ..., docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour Mme/M. ..., né(e) le ..., de nationalité ..., [numéro de dossier s'il y a lieu], *en vue de rédiger un certificat médical que l'intéressé(e) entend joindre à sa demande d'asile.*

Déclarations du patient :

utiliser le style conditionnel : *...Mme/M. évoque ses activités politiques, elle/il aurait été détenu(e), déclare avoir été frappé(e)...*

reprendre le motif des persécutions (ethnie, religion, nationalité, groupe social ou opinions politiques) ;

reprendre les éléments en rapport avec les doléances et les constatations de l'examen. Cela peut concerner les circonstances et les conditions d'une détention ou des sévices torture et autres violences infligés par les persécuteurs ;

confronter si possible ces déclarations avec le récit écrit adressé à l'Ofpra ou à la CNDA pour la concordance des périodes et des faits.

Constatations de l'examen clinique et/ou de la prise en charge :

conclusions de l'entretien et doléances du patient : plaintes somatiques (douleur, handicap), ou psychologiques (troubles de la mémoire, troubles du sommeil, peurs, cauchemars, mauvaises nouvelles du pays) ;

s'il y a lieu, mention d'un syndrome psychotraumatique ***(voir p. 397)*** et/ou de dépression réactionnelle ***(voir p. 400)*** ;

conclusions de l'examen physique : localisation et caractéristiques des cicatrices et autres séquelles traumatiques, (préciser, s'il y a lieu : *...attribuée à un coup de botte, une brûlure par cigarette...)* ;

s'il y a lieu, conclusions des examens complémentaires (radios) ;

s'il y a lieu, mention de la prise en charge thérapeutique.

Conditions de l'entretien :

L'entretien s'est déroulé en français/anglais, à l'aide d'un accompagnant/d'un interprète...

s'il y a lieu, difficultés du patient (pudeur, émotions), de l'accompagnant ou de l'interprète.

Ces constatations sont compatibles avec les déclarations de l'intéressé(e).

Certificat rédigé à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre.

Signature

- Les mentions relatives au dossier Ofpra ou CNDA sont inutiles dans le cadre de cette expertise officieuse.
- La retranscription du récit écrit du demandeur n'est pas indiquée.
- Attention aux erreurs de l'interprète ou du traducteur.
- La mesure centi métrique des lésions ne renforce pas la valeur probante du certificat.
- Les examens complémentaires ne sont utiles que s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique.
- La mention d'éléments médicaux indépendants des persécutions subies est inutile, voire néfaste pour la demande d'asile.
- La mention « faire valoir ce que de droit » n'est indiquée que dans des certificats prescrits par des textes officiels.

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR

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

Voir aussi Droit au séjour pour raison médicale, p. 39 et Éloignement des étrangers, p. 94

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

« Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « Vie privée et familiale » est délivrée de plein droit [...] :
11° À l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire, sauf circonstance humanitaire exceptionnelle appréciée par l'autorité administrative après avis du directeur général

de l'agence régionale de santé, sans que la condition prévue à l'article L 311 7 soit exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative, après avis du médecin de l'agence régionale de santé de la région de résidence de l'intéressé, désigné par le directeur général de l'agence, ou, à Paris, du médecin, chef du service médical de la préfecture de police. Le médecin de l'agence régionale de santé ou, à Paris, le chef du service médical de la préfecture de police peut convoquer le demandeur pour une consultation médicale devant une commission médicale régionale dont la composition est fixée par décret en Conseil d'État. »

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

DONNÉES STATISTIQUES

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

• Les données d'observation du Comede et de ses partenaires associatifs mettent en évidence des différences significatives selon les départements, les pathologies et les nationalités. Parmi 1655 réponses préfectorales et juridictionnelles documentées entre 2005 et 2011 et sur des critères de demande conformes aux recommandations du présent guide, le taux d'accord global des préfectures était de 65 % pour les premières

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

REPÈRES DÉONTOLOGIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

En cas de difficulté pour l'application de ces principes par les médecins concernés
(voir infra, instruction DGS du 10 nov. 2011),
il convient de s'adresser à la Direction générale de la Santé du ministère des Affaires sociales et de la Santé au : 01 40 56 60 00.

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

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

face à la demande d'un patient qui risque de ne pas pouvoir être soigné en cas de retour au pays, le médecin doit favoriser la continuité des soins (art. 47) par la délivrance du rapport médical prescrit par les textes réglementaires (art. 76 CDM) destiné à faciliter l'obtention d'avantages sociaux (art. 50) ;

dans le cas de la procédure « étrangers malades », le « médecin relevant d'un organisme public » (art. 50 CDM) est le médecin de l'agence régionale de santé (MARS, ou pour Paris le médecin chef de la préfecture de police), dont l'indépendance des décisions ne peut être limitée (art. 95 CDM). Les « avantages sociaux » (art. 50 CDM) sont associés à la carte de séjour prévue par la loi ;

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

Code de déontologie médicale (CDM)

Art. 28 – Certificat de complaisance : la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.
Art. 47 – Continuité des soins : quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.
Art. 50 – Faciliter l'obtention d'avantages sociaux : le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.
À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin conseil nommément 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. 1er – 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° 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 1er 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 remie au patient (art. 76 CDM), en l'informant de ne pas le remettre aux agents administratifs de la préfecture ;

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

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

ATTENTION

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

ÉVALUATION MÉDICALE DE LA DEMANDE
(VOIR AUSSI LES ARTICLES CONSACRÉS AUX PRINCIPALES AFFECTIONS)

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

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

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

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

Instruction DGS/MC1/RI2/2011/417 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. 39)***.

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

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

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

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

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

l'évaluation du risque doit tenir compte du différentiel de prise en charge médicale et thérapeutique entre la France et le pays d'origine du malade. L'approche retenue par le ministère de la Santé pour formuler les recommandations relatives aux infections par le VIH, le VHB et le VHC *(voir encadré, annexe II)* est *« identique pour toute pathologie lourde et/ou chronique, les éléments principaux pris en considération*

étant communs à l'ensemble de ces pathologies : moyens (matériels et humains) de prise en charge sanitaire, continuité des soins, de l'approvisionnement et de la distribution, etc. ».

EN PRATIQUE

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

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

Annexe V
Prise en charge financière des consultations médicales

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

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

Modèle type de certificat médical non descriptif

Lieu, date.

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

Certificat remis en main propre à l'intéressé.

Signature

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

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

PRINCIPES DE RÉDACTION DES RAPPORTS ET CERTIFICATS MÉDICAUX

• Rapport médical destiné au MARS pour une demande de titre de séjour (première délivrance ou renouvellement ou recours gracieux). Lieu, date, signature.
Cher confrère, L'état de santé de M./Mme… né(e) le…, de nationalité… (numéro de dossier s'il y a lieu), nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui/elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité.
Préciser :
la nature de(s) l'affection(s) et les circonstances du diagnostic,
les complications éventuelles et facteurs de risque associés (dont ATCD familiaux) ;
les modalités de prise en charge (surveillance, soignants et structures) ;
les modalités du traitement (molécules et posologie) ;
le pronostic en l'absence de prise en charge ;
Préciser autant que possible les éléments permettant d'évaluer le risque d'absence de traitement approprié dans le pays d'origine.
Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la situation de ce(tte) patient(e). Bien confraternellement.

• Certificat médical destiné au juge en cas de recours contentieux. Lieu, date, signature.
Je soussigné(e), docteur en médecine, certifie que l'état

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

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

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

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

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

Permanence téléphonique médicale du Comede

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

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

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

ADDE, Comede, La Cimade, Recueils annuels de jurisprudence sur l'admission au séjour pour raison médicale

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

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

Direction générale de la Santé, Secrétariat général à l'Immigration et à l'Intégration, *Avis rendus par les médecins inspecteurs de santé publique sur les demandes de titres de séjour pour raisons de santé,* mars 2012

Ordre national des médecins, Commentaires du Code de déontologie, http://www.conseil national.medecin.fr/

BILAN DE SANTÉ

La demande de bilan de santé est fréquente lors du premier recours médical en exil, en particulier chez les personnes souhaitant « faire le point » sur les conséquences des violences subies *(voir Violence et santé, p. 368)*, ce qui ouvre la voie aux soins médico-psychologiques requis. En outre, chez l'ensemble des migrants récemment arrivés en France, la prévalence de plusieurs maladies justifie de proposer à titre systématique la réalisation de certains examens dans l'ensemble des dispositifs médicaux « de droit commun » : médecine ambulatoire, PASS *(voir p. 175)* et centres d'examen de santé de la Sécurité sociale.

Voir aussi Exil et santé, p. 8 et Pathologie courante, p. 468

Attention à ne pas confondre le bilan de santé recommandé pour les migrants et le contrôle médical réalisé par l'Ofii et imposé à la plupart des étrangers admis au séjour *(voir Asile et immigration, p. 29)*.
Dans une logique de prévention, toute proposition de dépistage et de bilan de santé repose sur le consentement éclairé de la personne, si nécessaire à l'aide d'un interprète professionnel. Ces conditions ne peuvent être réunies dans le cadre de la médecine de contrôle (art. R 4127 100 du Code de la santé publique, *voir Principes juridiques et déontologiques, p. 300*).

ÉPIDÉMIOLOGIE

• **Les données d'épidémiologie médicale sur les personnes de nationalité étrangère en France sont rares,** en dehors de certaines maladies infectieuses bien documentées (infection à VIH et tuberculose). En outre, les données publiées par l'OMS relatives aux régions et pays d'origine sont difficilement transposables aux populations de migrants en France, ces derniers constituant très généralement des groupes spécifiques (sur les plans géographique, démographique, linguistique et/ou

politique) non représentatifs de la population générale de leurs pays d'origine.

• Dans l'observation du Comede parmi 13 684 personnes ayant effectué le bilan de santé (2007-2013), les principales maladies graves retrouvées sont représentées par ordre de fréquence dans le tableau suivant :

Maladie	Taux de prévalence global pour 1000	Taux global femmes	Taux global hommes	Régions de plus forte prévalence
Psychotraumatismes	153	237	121	Europe de l'Est, Afrique centrale et Afrique de l'Ouest
Maladies cardio-vasculaires	65	110	48	Afrique centrale, Caraïbes et Afrique du Nord
Diabète	46	52	44	Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud
Infection chronique à VHC	19	25	17	Asie centrale, Europe de l'Est et Afrique centrale
Asthme persistant	17	14	18	Afrique du Nord, Afrique de l'Ouest, et Caraïbes
Infection à VIH-sida	12	27	6	Afrique centrale, Afrique de l'Ouest et Caraïbes
Cancers	5	11	3	Afrique du Nord, Caraïbes et Europe de l'Est
Tuberculose	5	5	5	Afrique centrale et Caraïbes

• L'analyse par groupes vulnérables parmi les patients du Comede indique que les femmes exilées sont plus souvent atteintes que les hommes de cancer, d'infection à VIH (4 fois plus), de psychotraumatismes graves et de maladies cardio vasculaires (2 fois plus). Les demandeurs d'asile ont plus souvent subi des violences (80 %) et des tortures (21%), et sont plus souvent atteints de troubles psychiques. Les migrants âgés de plus de 60 ans sont plus souvent atteints de maladies chroniques, en premier lieu maladies cardio vasculaires et diabète, et d'infection chronique par le VHC. Les enfants mineurs

sont principalement atteints de psychotraumatismes et d'infection chronique par le VHB. Enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilés originaires d'Afrique cumulent les risques de maladie grave.

BILAN DE SANTÉ RECOMMANDÉ SELON LA RÉGION D'ORIGINE (VOIR RÉPARTITION GÉOPOLITIQUE DANS LES RAPPORTS ANNUELS DU COMEDE)

• Entretien et examen physique, notamment pour le repérage des syndromes psychotraumatiques et le dépistage de l'hypertension artérielle. La fréquence des psychotraumatismes parmi les exilés *(voir Violence et santé, p. 368)* justifie une écoute patiente lors des premières consultations, ainsi que l'attention aux antécédents de violence et de traumatismes survenus lors des derniers mois. L'examen physique doit comporter la prise du poids et la mesure systématique de la pression artérielle, compte tenu de la fréquence de l'hypertension artérielle *(voir HTA et maladies cardio-vasculaires, p. 499).*

• Numération formule sanguine (NFS), anémie et hyperéosinophilie. L'anémie est à rechercher systématiquement *(voir Pathologie courante, p. 468).* Par ailleurs, l'hyperéosinophilie, très souvent corrélée aux helminthoses intestinales *(voir Parasitologie, p. 519),* détermine l'attitude thérapeutique lorsque le traitement par albendazole et ivermectine ± praziquantel n'a pas été effectué *(voir p. 523).* Le bilan de santé doit donc comporter une NFS (« hémogramme ») pour tous les patients.

• Glycémie à jeun et dépistage du diabète *(voir p. 482).* En population générale, le dépistage du diabète est recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) chez les sujets de plus de 45 ans ayant au moins un des marqueurs de risque suivants : migrant ; syndrome métabolique ; excès pondéral ; HTA ; anomalies lipidiques ; antécédents de diabète familial (du premier degré) ou gestationnel ; situation de précarité. L'observation du Comede *(voir supra)* incite à étendre la proposition de dépistage au moins aux personnes de moins de 45 ans originaires de régions pour lesquelles les taux de prévalence sont les plus élevés : Afrique du Nord, Caraïbes et Asie du Sud. **Attention :** le jeûne doit durer au moins 8 heures (tenir compte des modifications du rythme des repas pendant la période du ramadan).

Où pratiquer le bilan de santé ?

Avec une protection maladie, tous ces examens peuvent être effectués en laboratoire de ville sur prescription médicale. D'autre part, les centres d'examens de santé de la Sécurité sociale proposent à tous les bénéficiaires CMU/AME un bilan de santé gratuit (arrêté du 20 juill. 1992), à compléter le cas échéant par les examens sérologiques et parasitologiques requis pour ces patients.

• Sérologies et dépistage des hépatites virales chroniques *(voir p. 451).* Compte tenu de la fréquence, de leur gravité et des possibilités de traitements, les infections chroniques à VHB et à VHC sont à rechercher parmi l'ensemble des migrants. Le bilan de santé doit ainsi comporter une sérologie de l'hépatite B (Ac HBs , Ag HBs et Ac HBc) et une sérologie de l'hépatite C.

• Sérologie VIH et dépistage de l'infection à VIH-sida *(voir p. 420).* Même si l'épidémie touche principalement les migrants d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes, la proposition du test chez l'ensemble des migrants est l'occasion d'aborder les questions de prévention. C'est pourquoi le bilan de santé doit comporter une sérologie VIH pour tous les patients, et à défaut pour les patients d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes.

• Radiographie thoracique et dépistage de la tuberculose *(voir p. 509).* Le dépistage de la tuberculose pulmonaire est indiqué en raison de la prévalence, chez l'ensemble des migrants récemment arrivés en France, de formes débutantes sans expression clinique. Le bilan de santé proposé doit ainsi comporter une radiographie thoracique standard de face pour tous les patients, sauf chez la femme enceinte (possible à partir du 5e mois si symptomatologie clinique).

• Dépistage et/ou traitement des parasitoses intestinales et urinaires *(voir Parasitologie, p. 491).*

AUTRES EXAMENS RECOMMANDÉS DANS CERTAINES CONDITIONS

Institut national du cancer (INCa), www.e cancer.fr
Kit de formation et d'information sur le dépistage des cancers, www.inpes.sante.fr

• Le dépistage de certains cancers est recommandé pour l'ensemble de la population :

cancer du col utérin : un frottis cervico vaginal (FCV) est recommandé tous les 3 ans pour toute femme en âge de procréer après deux FCV normaux à 1 an d'intervalle ;
– **cancer du colon et du rectum :** une recherche de sang dans les selles est recommandée chez les personnes âgées de 50 à 74 ans (Hémoccult®/tests immunologiques) ;
– **cancer du sein :** théoriquement recommandé pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, le dépistage par mammographie est controversé car son efficacité est incertaine. La balance bénéfice risque de ce dépistage apparaît d'autant plus défavorable que le dépistage concerne des femmes jeunes et/ou sans facteur de risque ;
– **cancer de la prostate :** le dépistage n'est pas recommandé à titre systématique.

• Une électrophorèse de l'hémoglobine, destinée au dépistage de la drépanocytose hétérozygote *(voir Drépanocytose, p. 491),* a théoriquement un intérêt en cas de projet parental mais risque d'inquiéter inutilement un patient fragilisé par un exil récent.

• Un examen bucco-dentaire est recommandé chez tous les patients, compte tenu de la fréquence des caries en population générale et notamment chez les personnes en situation de précarité.

• Un examen de la vue et un test audiométrique sont utiles pour corriger d'éventuels troubles qui renforcent encore les difficultés quotidiennes que connaissent les exilés.

RECOMMANDATIONS CHEZ LES MIGRANTS ÂGÉS

• Les conséquences du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets et être minimes, voire absentes, chez d'autres au même âge. Toutefois, et compte tenu des facteurs de vulnérabilité sociale et du phénomène de vieillissement précoce des migrants, il est recommandé de proposer un bilan de santé prenant en compte les dimensions médicale, sociale, psychologique *(voir Santé mentale, Migrants âgés, p. 408)* et environnementale, incluant une évaluation du soutien apporté par l'entourage et si nécessaire le recours à un(e) interprète professionnel(le).

• Pour les personnes de 60 à 75 ans :

consultation médicale généraliste (à l'aide d'un interprète professionnel si nécessaire) avec prise en compte des spécificités gériatriques : bilan nutritionnel, évaluation hygiène de vie, activité physique, locomotion/équilibre avec prévention des chutes/ostéoporose, bilan neurosensoriel (audition, vue, goût), vaccinations (grippe), évaluation mémoire (mini *mental state examination*/MMS) ± consultation mémoire en milieu spécialisé ;

évaluation psychosociale : qualité de vie, bien être psychique, dépistage dépression, lutte contre l'isolement, repérage de difficultés financières, etc. ;

possibilité de consultation par un gériatre si nécessaire.

• Pour les personnes de 75 ans et plus, le bilan doit être complété par une évaluation de l'autonomie/dépendance.

NB

Le dépistage néonatal généralisé a été mis en place dans les départements d'outre mer, et discuté en métropole du fait du risque que représente le retard à la prise en charge des enfants non dépistés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Attias-Donfut, *Santé et vieillissement des immigrés en France,* Maux d'exil n° 40, juin 2013

Auger L.T., Nadeau L., Beauregard M., *Ces enfants venus d'ailleurs,* Le Médecin du Québec, vol. 42, n° 3, mars 2007

Comede, *Un bilan de santé pour protéger les migrants,* Maux d'exil n° 22, 2008

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

Herr V., Irips, *Bilan de santé et prévention du bien vieillir,* Maux d'exil n° 40, juin 2013

RECOMMANDATIONS CHEZ LES ENFANTS MIGRANTS

• Dans la plupart des cas, le bilan de santé proposé sera le premier effectué dans la vie des enfants migrants.
La majorité de ces enfants n'a pas reçu tous les vaccins prévus au calendrier *(voir Vaccination, p. 355)* et est plus susceptible de connaître un retard de développement temporaire et des problèmes de santé tels que la malnutrition, les parasitoses intestinales, l'anémie ou encore les infections virales chroniques.

• Outre les examens recommandés quel que soit l'âge selon l'origine géographique *(voir supra),* **certains examens sont discutés,** notamment pour le dépistage de l'insuffisance rénale. Ce bilan pourra être complété :

en cas de signes ou suspicion de malnutrition par un bilan du rachitisme (Ca, P, PAL, Rx poignet) ;

en cas d'anémie microcytaire : fer sérique, ferritine, plombémie, TSH ;

chez les enfants > 5 ans, par une bandelette urinaire (recherche de protéinurie, glomérulopathie, hématurie, voire glycosurie) ;

chez les enfants âgés de 5 à 15 ans, par le test par interféron gamma en cas de suspicion de tuberculose latente *(voir Tuberculose, p. 509)*

• Dans tous les cas, l'entretien doit prendre en compte le parcours d'exil ainsi que le contexte social et administratif de l'enfant et de l'entourage, et plus largement les expériences susceptibles d'avoir eu des répercussions sur la vie psychologique *(voir Santé mentale, Enfants et adolescents, p. 414).*

SANTÉ ET SEXUALITÉ

La sexualité nous concerne toutes et tous, tout au long de notre vie. La sexualité en santé constitue un vaste domaine qui comprend aussi bien des questions sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre que sur les grossesses, l'IVG et la contraception, les IST, les violences sexuelles notamment liées au genre, la promotion d'expériences sexuelles sans danger, l'impact des handicaps physiques et des maladies chroniques sur le bien-être sexuel ou encore les troubles sexuels et l'infertilité. Dans un contexte d'exil, l'incertitude par rapport aux perspectives de vie en France, l'inquiétude pour les membres de la famille restés au pays, des souvenirs traumatiques, une situation durable de dépendance pèsent lourdement et impactent le rapport à la sexualité.

Voir aussi Violences liées au genre, p. 380

EXIL ET SEXUALITÉ

• **La sexualité est souvent perturbée dans un contexte d'exil récent.** Parce qu'elle concerne de multiples aspects de la vie l'identité, la relation à soi et/ou à l'autre, les sentiments, le plaisir ses troubles provoquent une souffrance que le soignant peut soulager par le simple fait de « pouvoir en parler ». S'il faut le plus souvent permettre l'émergence d'une plainte, celle ci est exprimée d'emblée chez certain(e)s patient(e)s, le plus souvent en fin de consultation. Une psychothérapie peut être proposée. Dans une situation de grande précarité sociale, les difficultés d'accès à un hébergement autonome maintiennent en outre de nombreuses femmes exilées dans une situation de dépendance sexuelle vis à vis de l'hébergeant.

ORIENTATION SEXUELLE, IDENTITÉ DE GENRE ET DISCRIMINATIONS

Définitions (selon les principes de Jogjakarta, adoptés par l'Organisation des Nations unies en 2007)

L'orientation sexuelle fait référence à la capacité de chacun(e) de ressentir une profonde attirance émotionnelle, affective et sexuelle envers des individus du sexe opposé, de même sexe ou de plus d'un sexe et d'entretenir des relations intimes et sexuelles avec ces individus (hétérosexualité, homosexualité et bisexualité).

L'identité de genre fait référence aux rapports sociaux de sexe tels qu'ils sont codifiés dans les différentes sociétés, aux rôles sociaux attribués à chaque sexe et, plus généralement, aux inégalités hommes/femmes structurées historiquement. Le fait de ressentir ou non une identité sexuelle différente du sexe de naissance crée de nouvelles catégories de genre (cissexualité, transsexualité, queer).

• Discriminations. De nombreux États et sociétés imposent aux individus des normes en matière de genre et d'orientation sexuelle par l'entremise de coutumes, de lois et de violences et cherchent à contrôler la façon dont ces individus vivent leurs relations personnelles et leur identité de genre. Ces formes de marginalisation sociale ont des effets considérables sur la vie quotidienne, la santé et le bien être des personnes. L'enquête sur les personnes LGBT (Lesbiennes, Gays, Bi et Trans) publiée par l'Agence des droits fondamentaux en 2013 indique que 10 % d'entre elles font l'objet de discriminations concernant l'accès à la santé (19 % des transgenres). Pour beaucoup d'exilé(e)s LGBT, l'exil est motivé par la fuite ou la crainte de persécutions en raison de leur orientation sexuelle ou identité de genre dans le pays d'origine. À ces violences subies peuvent s'ajouter les discriminations liées à leur origine, la précarité de leur statut financier et/ou administratif ainsi qu'au fait même d'être LGBT. L'accueil de ces personnes dans les structures de santé doit être exemplaire en termes de temps et d'écoute.

• État de santé des LGBT. Selon le rapport du Conseil de l'Europe, les personnes LGBT sont en moins bonne santé que les personnes hétérosexuelles avec un risque 2 fois plus important de maladie chronique, un risque suicidaire accru en particulier chez les jeunes (34 % des jeunes transgenres de 16 à 26 ans ont

Lois et homosexualité, situation en 2012

L'homosexualité est encore condamnée par la loi dans de nombreux États, et dans une dizaine de nations la peine de mort peut être effectivement appliquée (Afghanistan, Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Iran, Mauritanie, Soudan, Yémen et certaines régions du Nigeria et de la Somalie).

fait une tentative de suicide selon une étude française en 2009), un moindre dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus pour les femmes lesbiennes et bisexuelles.

• **Obstacles à l'accès aux soins.** Les préjugés des professionnel(le)s de santé et le degré de méfiance entre praticien(ne)s et patient(e)s peuvent conduire les personnes LGBT à ne pas consulter quand cela est nécessaire ou à cacher leur orientation sexuelle ou identité de genre. Il arrive que les hommes gays ou bisexuels soient de façon systématique considérés comme séropositifs lorsqu'ils s'adressent à un service de santé. Les compagnes ou compagnons de même sexe peuvent se voir exclu(e)s des décisions concernant les soins d'une personne dont le pronostic vital est engagé. Enfin, il existe des obstacles spécifiques aux personnes transgenres souhaitant entreprendre une conversion sexuelle. Le rapport Lunacek approuvé au Parlement européen en février 2014 pointe la nécessité d'une meilleure prise en charge, notamment dans le domaine de la santé, des personnes demandeuses d'asile en raison de persécutions homophobes ou transphobes dans leur pays d'origine.

Parmi les associations de soutien :

Ardhis, Association pour la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles et transsexuelles à l'immigration et au séjour, http://ardhis.org

Acceptess-T, Association d'autosupport des trans migrantes ou précaires en France, http://www.inter lgbt.org

CONTRACEPTION

Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF)

Les CPEF assurent à titre gratuit pour les mineures et les non assurés sociaux la consultation médicale, la délivrance de moyens de contraception (pilule, stérilet…), les examens complémentaires, le suivi (loi du 18 déc. 1989, décret du 6 août 1992). Certains CPEF assurent également le dépistage et le traitement des infections sexuellement transmissibles.

☏ **Écoute Sexualité Contraception 0800 803 803**

• **Recours à la contraception dans le monde.** Selon l'OMS, l'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne, notamment du fait du manque de services de planification familiale.
La stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde (près de 30 %) devant le stérilet, la pilule et le préservatif. La stérilisation masculine, ou vasectomie, est beaucoup plus rare (moins de 4 %).

Contraception et remboursement par la Sécurité sociale

Remboursés par la Sécurité sociale : diaphragme, DIU, pilule (certaines marques), implant contraceptif, injection contraceptive, pilule du lendemain, vasectomie et ligature des trompes (si justifiée médicalement).
Non remboursés : préservatifs, spermicides, anneau vaginal, patch contraceptif.
Les préservatifs féminins et masculins sont disponibles gratuitement dans les lieux de prévention comme certaines associations, certains centres de planification et centres de dépistage du sida

POUR EN SAVOIR PLUS

Comment aider une femme à choisir sa contraception, repères pour votre pratique, Inpes, www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf

Mode d'emploi des préservatifs féminins (3 langues) avec la brochure/bande dessinée (5 langues) et préservatifs masculins (22 langues), www.inpes.sante.fr

Choisirsacontraception.fr

• Besoins de contraception non satisfaits à l'échelle mondiale. Dans les pays en développement, on estime à 222 millions le nombre de femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception. Les raisons évoquées sont notamment un accès limité aux différentes méthodes contraceptives, la crainte ou l'expérience d'effets secondaires, une opposition culturelle ou religieuse.

• Information sur la contraception. Si la demande de contraception est rarement spontanée, la majorité des patientes l'accepte lorsqu'elle est proposée. La culture d'origine de la femme en demande de contraception influe de façon minime sur son comportement. En revanche, les conditions économiques et sociales, les politiques de santé menées dans les pays d'origine ainsi que le niveau d'instruction ou de réflexion pèsent davantage sur les demandes exprimées. Il est important, avant de proposer un moyen de contraception, de s'informer sur l'expérience antérieure des personnes et sur leurs représentations des différents moyens. La présence d'un tiers, surtout si c'est un homme, doit généralement être évitée. L'examen gynécologique, qui ne facilite pas l'entretien, n'est pas indispensable lors de la première consultation.

• Moyens de contraception. La méthode doit être adaptée au mode de vie de chacun(e). Les préservatifs masculins et féminins sont les seules méthodes pour la prévention du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) *(voir p. 420)*. Le préservatif féminin a l'avantage de donner aux femmes la maîtrise de l'utilisation. Certaines méthodes contraceptives ont une longue durée d'action : dispositifs intra utérins (DIU), progestatifs en implant ou injectables. D'autres sont définitives : stérilisation tubaire, vasectomie. Les moyens de contraception réversibles les plus efficaces sont les DIU et la plupart des contraceptifs hormonaux, et ils sont remboursés par la Sécurité sociale.

• La contraception d'urgence ou postcoïtale est une méthode qui permet de diminuer le risque de grossesse après un rapport non protégé (oubli de pilule, absence de contraception, rupture de préservatif, etc.). En l'absence de contraception, la probabilité moyenne de grossesse est estimé à 7 %. Deux méthodes de contraception d'urgence existent en France : la prise de certaines pilules et la pose d'un DIU :
– la contraception d'urgence souvent appelée « pilule du lendemain »

la mieux évaluée est la prise unique d'un progestatif, le *lévonorgestrel*, dosé à 1,5 mg (Norlevo®, 1 cp, env. 7 €, R 65 %). Son efficacité est maximale lorsqu'elle est prise quelques heures après le rapport sexuel mais conserve une certaine efficacité jusqu'à 4 jours suivant le rapport sexuel selon Prescrire (déc. 2014) et jusqu'à 3 jours selon l'HAS (déc. 2013). On peut se la procurer dans les pharmacies avec ou sans prescription, elle est délivrée gratuitement aux mineures de 15 à 18 ans mais non remboursée pour les femmes majeures sans ordonnance. Elle peut toutefois être délivrée gratuitement dans les centres de planification familiale pour les femmes en situation précaire. L'autre pilule contient de *l'ulipristal* (Ellaone®, 1 cp, env. 24 €, R 65 %). Elle est délivrée uniquement sur ordonnance ;
– **le dispositif intra-utérin « en urgence »** au cuivre (27 €, R 65 %) ne peut être délivré que sur ordonnance. Il peut être posé par un médecin au cours d'une consultation jusqu'à 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé et est très efficace (taux d'échec 0,1 %).

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

• **Dans le monde.** La diffusion des méthodes contraceptives et de la légalisation de l'avortement ont permis à de nombreuses femmes de faire disparaître la crainte de la grossesse non désirée et des avortements clandestins dangereux. Cependant, ce droit des femmes à disposer de leur corps est limité dans plus de deux tiers des pays. Dans la majorité des États, l'avortement est autorisé uniquement dans des conditions exceptionnelles, par exemple si la vie de la mère est menacée ou s'il existe un risque pour sa santé physique ou mentale. En 2011, seuls 58 pays, soit moins d'un tiers des pays, permettent les IVG sans justification médicale, morale ou économique, et ce droit y est en outre menacé par des mouvements d'opposition actifs.

• **Méthode et accès en France.** Délais légaux : 12 semaines de grossesse ou 14 semaines d'aménorrhée (retard de règles). En cas de grossesse vue précocement (< 49 j d'aménorrhée), une méthode médicamenteuse est possible.
en cas d'absence de protection maladie : demande en admission immédiate CMU C *(voir p. 233)* ou instruction prioritaire AME *(voir p. 255)* ;
si la grossesse est vue précocement : dosage plasmatique quantitatif des βHCG et groupe rhésus ;
dans les autres cas : test urinaire de grossesse, groupe rhésus, échographie obstétricale ;

ATTENTION

La contraception d'urgence ne remplace pas une contraception régulière et ne protège pas des infections sexuellement transmissibles (IST). La demande de contraception d'urgence est une occasion d'information et de conseils sur les différentes méthodes de contraception et sur les risques d'IST.

La loi (art. L 2212-1 CSP) permet à toute femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée qu'avant la fin de la 12e semaine de grossesse.

pour l'orientation vers un centre d'orthogénie, s'adresser au CPEF et/ou à un centre du Mouvement français pour le planning familial (MFPF, *voir les coordonnées des centres et permanences téléphoniques sur www.planning-familial.org/annuaire).*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede,
Lesbiennes, gays, bi, et trans, expériences d'exil, Maux d'exil, n° 42, décembre 2013 janvier 2014

Conseil de l'europe,
Unité sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre, http://www.coe.int/t/dg4/lgbt/default fr.asp

Inpes,
Santé sexuelle : à quels professionnels s'adresser ? La santé en action, n° 423, mars 2013, http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante action 423.pdf

ONU,
La contraception dans le monde, Division de la population, *World Contraceptive Patterns,* 2013

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 Exil et santé, p. 8

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 renforcé 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, dans un monde qui n'est pas le leur et où elles n'ont pas toujours leur place, il peut être difficile de se représenter leur enfant.

• **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 *(guide 2013)*. L'absence de protection maladie, les difficultés de communication pour les migrantes non francophones et non anglophones *(voir Interprétariat, p. 16)* 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 inexistants, 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 une 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-PSYCHOSOCIALE

• 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 4e 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 du suivi.

• 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, pp. 233 et 181).* Les soins délivrés pour la grossesse à l'hôpital peuvent être pris en charge au titre du Dispositif des 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 Dispositif des soins urgents et vitaux, p. 179).*

• **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 (art. L 221 2 Code de l'action sociale et des familles).

• **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 périnatals 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 périnatals 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 1er trimestre (dit « du 4e 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 1er 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 4e 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

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 2e 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)

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 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 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

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

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 6 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, P. 355)

• 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 3e 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, P. 158)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Becker F., Roquet A., *La Maternité au regard de l'exil*, Séminaire Périnatalité et interculturalité, Paroles sans frontières, 2007

Colle-Bouvier M.-H., Collet M., *Périnatalité et santé des femmes*, dans *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 nos 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 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 est primordial de 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. Le dossier dédié à l'ETP permet de partager cette démarche avec l'ensemble des soignants investis dans le suivi du patient.

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

• 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 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 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, p. 8)* :

absence d'une protection maladie efficace *(voir p. 170)*, 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 psychothérapeute.

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)

NUTRITION

En raison de leur situation de précarité et d'exclusion, de nombreux migrants/étrangers sont confrontés à des difficultés d'alimentation. Au centre de santé du Comede en 2013, une personne sur quatre n'avait pu manger à sa faim ou s'était privée de repas pour des raisons financières dans les jours précédant la consultation. Or l'alimentation joue un rôle important dans le fonctionnement de l'organisme, elle influe par exemple sur les activités cardiaque, respiratoire, digestive et sur le maintien de la température. Les aliments fournissent à l'organisme les nutriments essentiels.

LES BESOINS ALIMENTAIRES

• **Les protéines** représentent 15 % de la masse corporelle totale. Elles assurent plusieurs fonctions : protéines de structure, protéines de la motricité et protéines régulatrices. Il en existe deux sources :
les protéines animales : viande, poisson, produits laitiers ;
les protéines végétales : céréales (blé, riz, maïs, seigle…), légumineuses (lentilles, haricots blancs, petits pois, pois chiches, fèves…), oléagineux (arachide, noix, amandes…), tubercules et racines (pommes de terre, betteraves, carottes…).

• **Les glucides** ont principalement un rôle énergétique (50 à 55 % des apports énergétiques). Les glucides complexes se trouvent dans les féculents (pain, riz, pommes de terre…), et les glucides simples dans les fruits, les légumes, le lait.

• **Les lipides** (graisses) ont différents rôles : énergétique, de structure (membrane cellulaire), vecteurs des vitamines liposolubles (A, D, E, K) et précurseurs de molécules indispensables à l'organisme (hormones stéroïdes, prostaglandines…). Ils se trouvent dans l'huile végétale, le beurre, la crème fraîche, la charcuterie, la viande (côte,

entrecôte), les fromages gras, les biscuits, les pâtisseries, les viennoiseries, etc.

• **Les micronutriments.** Ce terme générique regroupe :
– **les vitamines :** vitamines hydrosolubles (dans les aliments riches en eau, vitamines B et C) et vitamines liposolubles (dans les aliments riches en graisses, vitamines A, D, E, K) ;
– **les minéraux :** représentés par le calcium, le phosphore (nécessaires au tissu osseux), le sodium (essentiel dans les échanges cellulaires), le fer (présent dans les globules rouges et permettant le transport de l'oxygène), le magnésium et le potassium ;
– **les oligoéléments :** le cuivre, le zinc, le fluor, l'iode, le manganèse et le sélénium.

• **Les fibres.** De différents types (fibres solubles et insolubles), elles sont indispensables au bon fonctionnement de l'intestin. Elles sont présentes dans les céréales (blé, son), le riz (complet, blanc), les flocons d'avoine, les légumineuses (haricots blancs, pois chiches, lentilles, petits pois), les légumes (carottes, pommes de terre, chou vert, laitue, tomates) et les fruits (amandes, noix, bananes, poires, fraises, pommes).

• **L'eau est indispensable pour la digestion et dans les échanges cellulaires.** C'est le principal constituant du corps humain (60 % à l'âge adulte).

LE PROGRAMME NATIONAL NUTRITION-SANTÉ

• **Le Programme national nutrition santé (PNNS),** initié en 2001, a été prolongé en 2011 selon les objectifs fixés par le Haut conseil de santé publique (HCSP). L'objectif général de ce programme est l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur la nutrition, qui en constitue un déterminant important, et la réduction des inégalités sociales dans ce domaine. Les objectifs du PNNS sont regroupés selon quatre axes :

• **Axe 1 - Réduire l'obésité et le surpoids dans la population :**
stabiliser la prévalence de l'obésité et réduire le surpoids chez l'adulte ;
diminuer la prévalence de l'obésité et du surpoids chez l'enfant et l'adolescent.

• Axe 2 - Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges :
augmenter l'activité physique chez l'adulte ;
augmenter l'activité physique et lutter contre la sédentarité chez l'enfant et l'adolescent.

• Axe 3 - Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment parmi les populations à risque :
augmenter la consommation de fruits et légumes ;
réduire la consommation de sel ;
améliorer la répartition des macronutriments dans les apports énergétiques sans alcool (AESA) ;
augmenter les apports en calcium dans les groupes à risque ;
lutter contre la carence en fer chez les femmes en situation de pauvreté ;
améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer ;
promouvoir l'allaitement maternel.

• Axe 4 - Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles (dénutrition, troubles du comportement alimentaire).

Le PNNS propose 8 repères clés nécessaires à un bon équilibre alimentaire

1. Les fruits et légumes : au moins 5 par jour
2. Les produits laitiers : 3 par jour (3 à 4 pour les adultes âgés de + de 55 ans)
3. Les féculents à chaque repas et selon l'appétit
4. Viande, poisson, œuf : 1 à 2 fois par jour
5. Matières grasses : à limiter et matières grasses végétales à privilégier
6. Produits sucrés : à limiter
7. Sel : à limiter
8. . Boissons : eau à volonté, boissons sucrées à limiter et alcool limité à 2 verres/j pour les femmes et 3/j pour les hommes

et 1 repère consacré à l'activité physique :
au moins l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour pour les adultes (au moins 1 heure pour les enfants et les adolescents)

DIFFICULTÉS ET RECOMMANDATIONS POUR LES MIGRANTS/ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE

• Manger est à la fois une nécessité vitale, un acte social, et un plaisir. Bien manger, c'est adopter une alimentation variée et équilibrée, c'est à dire manger de tout mais en quantités adaptées. Confrontées à d'autres habitudes alimentaires que celles du pays d'origine, les personnes exilées rencontrent des difficultés de plusieurs ordres :

la précarité financière peut conduire à une alimentation de « survie », et parfois des carences, où la personne se trouve dans un état de frustration et de malaise ;

la préparation des repas est souvent compliquée si la personne est hébergée chez un compatriote, ou si elle vit dans un foyer ;

les personnes victimes des « vendeurs de sommeil » ne peuvent pas préparer leurs propres repas. Elles sont obligées de prendre le forfait « nourriture comprise » à cause de frais d'électricité et de gaz, la cuisine étant ainsi faite pour tous ;

les possibilités de cuisiner pour une personne sans domicile fixe sont réduites et ponctuelles ;

le manque d'informations, de connaissances sur l'alimentation comme par exemple la fréquence recommandée des repas (pratique du grignotage) ;

le manque de connaissances sur les types de légumes et fruits vendus en France et absents dans le pays d'origine, ou l'absence en France des aliments connus dans le pays d'origine ;

les colis alimentaires proposés par de nombreuses associations sont souvent nutritionnellement très pauvres et non adaptés aux régimes particuliers (sans sel/sans sucre, etc.) ;

les difficultés d'accès au système d'aide : coût de transport pour accéder aux services, demande d'une lettre d'orientation par un(e) assistant(e) social(e), instabilité géographique des personnes hébergées par le Samusocial ;

les épiceries sociales pourraient être une orientation adaptée mais les critères d'admissibilité sont tels que peu de personnes en situation de grande vulnérabilité peuvent y avoir accès.

• Recommandations :

essayer de respecter trois repas par jour incluant si possible le petit déjeuner pour bien démarrer la journée, ne pas manger trop tard le soir, faire attention à la quantité consommée (la quantité pour le dîner doit être moins importante que la quantité pour le déjeuner) ;

faire les courses à plusieurs et les partager, choisir les supermarchés qui vendent les produits les moins chers ;

faire les courses en fin de marché, souvent on y fait des « bonnes affaires » ;

comparer les prix des aliments en faisant les courses et privilégier les marques les moins chères par rapport aux marques « connues » ;

acheter les légumes et fruits de saison ;

manger, si possible, 1 à 2 fois par jour du poisson, de la viande ou des œufs. Sans oublier les produits laitiers et les féculents ;

éviter de consommer l'huile de palme et l'huile d'arachide. Privilégier l'huile de tournesol, de colza… en petites quantités (une cuillère à soupe par personne par repas) ;

limiter la consommation de sel et les bouillons cubes ;

boire l'eau du robinet qui est saine, la personne économisera son argent et pourra acheter un autre aliment qui pourra manquer dans son alimentation ;

ne pas remplacer l'eau par des boissons sucrées (sodas sucrés ou jus de fruits/nectar de fruits) ;

limiter les boissons alcoolisées ;

la consommation d'aliments originaires du pays favorise le lien entre compatriotes exilés, mais ces produits peuvent être coûteux ;

faire de l'exercice physique, même d'intensité modérée. Par exemple : descendre à un arrêt de bus ou de métro plus tôt dans le trajet, accompagner les enfants à l'école, marcher 15 à 30 minutes par jour.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Chevallier L., *Nutrition : principe et conseils,* Masson, 2009

Comede, *Diabète, migration et précarité, une équation complexe,* Maux d'exil n° 21, 2007

PNNS, *Manger bouger,* www.mangerbouger.fr

Ministère de la Santé, *Programme national nutrition santé,* www.sante.gouv.fr

VACCINATION

Différentes études indiquent l'intérêt d'une proposition de vaccination auprès des populations exilées, chez qui la couverture vaccinale (en particulier contre le VHB – virus de l'hépatite B – et la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite) concerne moins de 50 % des personnes, et soulignent l'importance de faire les vaccins recommandés par le calendrier des vaccinations. Effectuer une vaccination dès que l'occasion se présente augmente significativement la couverture vaccinale. Les horaires d'ouverture limités de certains centres de vaccination peuvent poser des difficultés aux personnes arrivées récemment en France, maîtrisant peu le français, ayant des priorités de logement et/ou de régularisation administrative.

Voir aussi Bilan de santé, p. 325

• **Nombre de départements ont mis en place des dispositifs de stratégie avancée de vaccination, et/ou des journées de vaccination gratuite, qu'il est possible de trouver sur le site Internet de l'ARS.** Dans tous les départements, il existe un dispositif de vaccination gratuite comprenant des centres de vaccination et des service de PMI (pour les enfants jusqu'à 6 ans).

Les centres de santé, les médecins généralistes, les pédiatres, les sages femmes pour les femmes dans le cadre du suivi pré natal, post natal et gynécologique, sont également en mesure d'assurer le suivi et la réalisation des vaccinations. Les vaccinations obligatoires et recommandées sont toutes remboursées par la Sécurité sociale à 65 % au moins. Pour les personnes bénéficiaires de la complémentaire CMU ou de l'AME, le coût de ces vaccins est intégralement pris en charge *(voir Protection maladie, p. 194).*

• **Un bilan vaccinal est à réaliser avec chaque personne à l'aide du disque calendrier vaccinal de l'INPES** mis à jour chaque année (notamment en matière de rattrapage) et suivant

les actualisations du calendrier des vaccinations accessibles sur le site du ministère de la Santé et dans le BEH (Bulletin épidémiologique hebdomadaire) ; le bilan est également utile pour les voyageurs souhaitant retourner au pays avec leurs enfants (en particulier pour la fièvre jaune, l'hépatite A [ces vaccins ne sont pas remboursés], *voir aussi Voyage au pays et conseils médicaux, p. 358).*

• Pour la population générale, la seule obligation vaccinale en France à ce jour concerne la vaccination DTP des enfants (et la vaccination contre la fièvre jaune chez les personnes résidant en Guyane, quel que soit l'âge) ; sachant que l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents avant leur entrée en collectivité a été suspendue par le décret n° 2007 1111 du 17 juillet 2007 au profit d'une **recommandation forte de vaccination des enfants exposés, en particulier ceux d'Île-de-France et de Guyane** (jusqu'à l'âge de 15 ans).

• Le rattrapage des vaccinations selon l'âge est préconisé par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF 2006), sur proposition du Comité technique des vaccinations. En raison de l'existence d'une mémoire immunitaire, on peut compléter un schéma de vaccination retardé ou incomplet en donnant les doses vaccinales manquantes, même si la dose précédente est très ancienne. Il n'y a pas d'inconvénient à administrer un vaccin rougeole rubéole oreillons, Hib (*Hæmophilus influenzæ*), poliomyélite, ou encore hépatite B à une personne éventuellement déjà protégée qui ne pourrait présenter une preuve de la vaccination. Pour le **rattrapage des vaccinations en retard chez l'enfant dont la vaccination avait été commencée :** il faut administrer le nombre de doses qu'il devrait avoir reçues en fonction de son âge. **Pour l'adulte correctement vacciné dans l'enfance (5 doses DTP) :** la règle est de se contenter d'un rappel de DTPolio.

Le **calendrier vaccinal** et le **guide des vaccinations** sont consultables sur www.sante.gouv.fr et www.inpes.sante.fr

• Recommandations selon les vaccins :
considérant la diversité des régions d'origine et la variabilité des couvertures vaccinales en fonction des stratégies des programmes élargis de vaccination dans chaque pays, il paraît indiqué de réaliser un **rattrapage DTP**, chez une personne dont le statut vaccinal est incertain ou inconnu, sans forcément caractériser le taux d'anticorps antitétaniques (2 doses espacées d'un à deux mois, suivies d'une dose 8 à 12 mois après, dont l'une contenant la valence contre la coqueluche dTPc après 15 ans et DTPc chez l'enfant). À noter que les rappels se font désormais à 25, 45 et 65 ans puis tous les 10 ans ;

la recherche des marqueurs biologiques Ag HBs, Ac HBs, Ac HBc d'une éventuelle infection par le VHB permettra d'associer ou non la **vaccination contre le VHB** (2 doses espacées de 1 à 2 mois, suivies d'un rappel 5 à 12 mois après). Il n'y a pas de nécessité d'injection supplémentaire si le taux d'Ac HBs est ≥ à 10 UI/ml ;

– **à cause de la recrudescence des cas de rougeole** (pic de 15 000 cas en 2011), des **mesures de rattrapage** sont recommandées dans les mêmes conditions que pour le DTP : **un total de 2 doses de vaccin trivalent ROR (rougeole-oreillons-rubéole) doit être obtenu pour toutes les personnes nées depuis 1980** et âgées de plus de 24 mois, en respectant un délai minimal de 1 mois entre les 2 doses et quels que soient les antécédents vis à vis des 3 maladies. Il faut s'assurer chez une femme de l'absence de grossesse avant l'injection et d'une contraception efficace, également dans les 3 mois suivant la fin du schéma de vaccination ;

– **le vaccin antiméningococcique C** est recommandé chez tous les nourrissons à l'âge de 12 mois et en rattrapage **jusqu'à l'âge de 24 ans** (dose unique) ;

– **la vaccination antipneumocoque** pour les adultes et enfants de plus de cinq ans (1 seule dose) est recommandée chez les sujets présentant une pathologie les exposant à un risque élevé d'infection invasive à pneumocoque (insuffisance respiratoire, cardiaque, syndrome néphrotique, « hépatopathies chez des sujets alcooliques », splénectomie ou asplénie fonctionnelle, drépanocytose homozygote, antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque, infection par le VIH) ;

– **la vaccination contre la grippe :** la grippe constituant un problème majeur de santé publique pour les personnes fragilisées et les personnes âgées, la vaccination est indiquée chez les personnes de 65 ans et plus, ainsi que chez les personnes atteintes de diabète et de maladies chroniques (en particulier troubles respiratoires ou cardio vasculaires et maladie hépatique chronique avec ou sans cirrhose), ainsi que chez les personnes avec un IMC > 40 kg/m^2 *(voir p. 483).*

Schéma vaccinal : 1 dose au début de l'automne.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Aubert J.-P. et al., *Prévac B : prévention de l'hépatite B dans les populations migrantes originaires de zones de forte endémie, Afrique subsaharienne et Asie,* Enquête prospective en soins primaires, d'observation et d'intervention, La Revue du praticien, Vol. 60, n° 6, 2010, 13 20

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

DGS, *Guide des vaccinations,* Comité technique des vaccinations, Édition Inpes 2012, www.inpes.sante.fr

Szilagyi P.G., Rodewald L.E., *Missed opportunities for immunizations : a review of evidence,* J. Public Health Manag Pract, 1996 ; 2:18 25

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, p. 355, et Parasitologie, p. 519

LE CONTEXTE DU RETOUR AU PAYS

• **Le retour au pays est un événement important auquel aspire 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. Les réfugiés, ayant perdu la protection des autorités de leur pays d'origine, 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, p. 8)*, 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.

Un certain nombre de pathologies peuvent être contractées lors du voyage et être révélées au retour en France (fièvre, pneumopathie, dermatose…).

La maladie à Ébola présente aujourd'hui deux principaux foyers (Afrique centrale et Golfe de Guinée) qui nécessitent une surveillance clinique et particulièrement de la température pendant 21 jours après le retour d'une zone d'endémie. Les principales mesures de prévention sont la réduction des contacts entre les animaux sauvages et l'homme, une bonne hygiène des mains et la réduction du risque de transmission interhumaine provenant de contacts directs ou rapprochés avec des sujets présentant des symptômes d'Ébola, en particulier avec leurs liquides biologiques (voir www.sante.gouv.fr).

Le développement mondial des **arboviroses** (dengue, chinkunguya) et des **infections respiratoires** (virus de la grippe aviaire, coronavirus) sans oublier les **tuberculoses résistantes** (toute tuberculose récidivante doit être considérée

…/…

.../...
jusqu'à preuve du contraire comme une forme de résistance) sont également à considérer et à discuter avec les personnes, si elles se rendent dans une région touchée. Enfin, **les bactéries hautement résistantes et émergentes** (« BHR e ») font l'objet de recommandations spécifiques depuis 2013 : un dépistage systématique de tout patient ayant été hospitalisé à l'étranger dans l'année qui précède son hospitalisation en France est recommandé par le Haut Conseil de la santé publique.

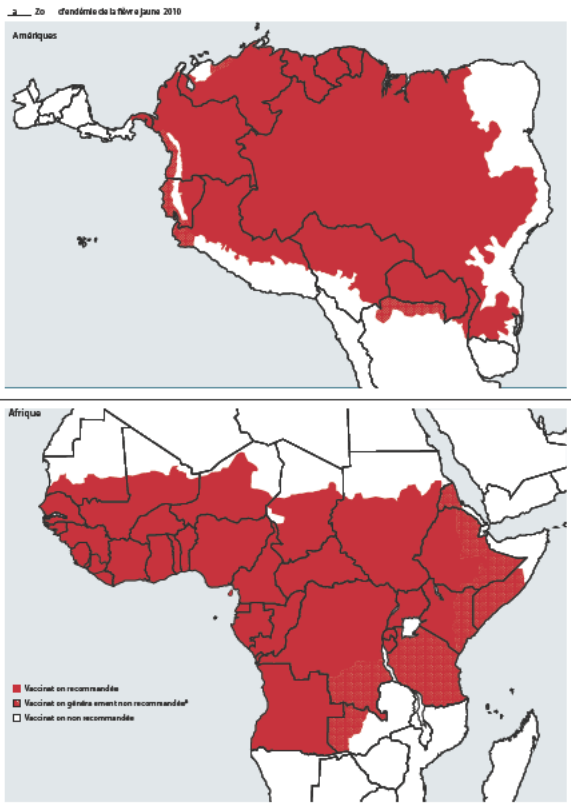
• **Chez l'adulte migrant, la consultation est une opportunité pour mettre à jour le calendrier vaccinal,** ainsi que d'assurer si besoin une protection contre la fièvre jaune, en zone d'endémie *(voir carte infra).* La mise à jour de la vaccination diphtérie, tétanos et poliomyélite est une priorité. 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. 454)* est souvent incompatible avec le délai disponible avant le départ. Cependant un schéma vaccinal de trois injections rapprochées sur 21 jours (J0 J7 J21) avec un rappel à 1 an est recommandé pour un déplacement dans une zone d'endémie (prévalence > 2 %) chez l'adulte (pas applicable chez l'enfant). La vaccination contre l'encéphalite à tiques est recommandée pour les voyageurs devant séjourner en zone rurale ou boisée dans les régions d'endémie (Europe centrale, orientale et septentrionale, nord de l'Asie centrale, nord de la Chine, nord du Japon) du printemps à l'automne. 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,** outre la mise à jour du calendrier vaccinal français (notamment la vaccination contre la rougeole), il faut souligner les points suivants. 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. 337)* 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



• Prévention du paludisme. Justifiée d'un point de vue épidémiologique, la prévention contre le paludisme peut être mal réalisée par certains 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

Sites Internet utiles :

www. medecine voyages.fr, 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

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 : chloroquino résistance 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 et possible survenue d'effets secondaires psychologiques invalidants. 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 et d'autres affections transmises par les moustiques et d'autres insectes : arboviroses (dengue, Chinkungunya), filarioses, et leishmanioses. 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 +), Akipic 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 illusoires. 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 consultation est une opportunité pour aborder la prévention des infections sexuellement transmissibles.

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. 468)*. 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

Ces conseils spécifiques ne dispensent pas de conseils généraux de prévention, notamment concernant la **protection contre les infections sexuellement transmissibles** *(voir p. 447)***.**

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 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. Une consultation d'éducation thérapeutique peut trouver ici un intérêt particulier pour développer ces aspects.

• **Pour les personnes atteintes de drépanocytose homozygote** *(p. 491)*, 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 débuter 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

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 3 juin 2014, nos 16 17. 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

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. La présence d'au moins un facteur de risque de thrombose justifie le port d'une contention élastique (mi cuisse plus confortable que sous le genou) pour tous les voyages de plus de 6 heures et devrait concerner toute personne qui ne déambule pas dans l'avion, en plus d'une hydratation régulière.

TORTURE ET TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DÉGRADANTS

La torture est pratiquée dans plus de la moitié des pays du monde malgré les conventions et textes internationaux qui en interdisent et en sanctionnent l'utilisation. Elle est une méthode qui vise à briser les individus et les groupes sociaux et politiques auxquels ils appartiennent. Au-delà de leur impact immédiat – faire avouer, faire souffrir – la torture et les peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants ont des conséquences physiques et le plus souvent des conséquences psychologiques, à moyen et long terme. Dans l'observation du Comede, près d'un quart des demandeurs d'asile ont subi la torture. Ils présentent un risque accru de souffrir de syndromes psycho-traumatiques et de dépression. La prise en charge de ces personnes implique la reconnaissance du droit d'asile, l'accompagnement social et juridique, l'hébergement ainsi que les soins médicaux et de santé mentale.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Un monde tortionnaire, *Rapport annuel de l'ACAT*

Dans ses rapports annuels sur l'état de la torture, l'association Action des chrétiens pour l'abolition de la torture dessine une géographie du phénomène en décrivant l'utilisation de la torture dans des États situés sur les cinq continents. À cet état des lieux s'ajoutent des analyses d'auteurs issus de champs différents (sociologie, psychologie, droits humains, anthropologie) qui éclairent les mécanismes à l'œuvre dans le recours à la torture, l'impact des tortures sur les individus et les sociétés. *Un monde tortionnaire* nous rappelle que la torture est utilisée dans plus de la moitié des pays du monde et qu'elle n'est pas l'apanage des seules dictatures, mais

existe dans des États démocratiques. Ces rapports font en outre apparaître les multiples usages politiques mais aussi économiques et policiers de la torture. Enfin, ils mettent en lumière le lien entre l'usage de la torture et l'accueil et l'examen des demandes d'asile en Europe. Malgré une législation européenne en théorie respectueuse des droits fondamentaux, sa mauvaise application et les politiques répressives à l'égard des étrangers concourent à renvoyer des demandeurs d'asile vers des pays où ils risquent d'être exposés à des tortures et des traitements inhumains et dégradants. *http://www.acatfrance.fr/*

• Dans l'observation du Comede (rapport 2014), 17 % des patients suivis en médecine déclaraient des antécédents de torture (21% des demandeurs d'asile). Ce chiffre s'élève à 43 % parmi les personnes suivies en psychothérapie. Les antécédents de torture sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes (20 % contre 12 %). Plus de la moitié (57 %) des personnes ayant subi des tortures accueillies au centre de santé du Comede souffrent de syndromes psychotraumatiques, 11% d'entre elles présentant des formes particulièrement sévères (traumas complexes). Parmi les patients du Comede, la torture est le plus souvent évoquée par les Sri Lankais (34 %), les Guinéens (30 %), les Congolais R/D (26 %) et les Mauritaniens (18 %).

DÉFINITIONS INTERNATIONALES

• L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié en 2002 un premier rapport mondial sur la violence et la santé dans le monde. Après le rapport *Traumatisme et violence, les faits* de 2010, la campagne mondiale pour la prévention de la violence 2012 2020 est destinée à sensibiliser le grand public au problème de la violence, en soulignant le rôle crucial que peut jouer la santé publique en la matière, s'attaquant à ses causes et conséquences, et en encourageant la prévention.

• L'Organisation des Nations unies (ONU) et les textes juridiques internationaux interdisent la torture et les peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, sans aucune exception. La poursuite de la guerre, la sûreté de l'État ou la lutte contre le terrorisme ne sauraient par exemple constituer des circonstances atténuantes pour les États qui la pratiquent

ou la tolèrent. Dès 1948, l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme affirmait que *« Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants »*. La convention des Nations unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a été adoptée en 1984. Elle définit la torture *(voir encadré),* et impute aux États signataires la responsabilité de l'interdire et l'empêcher sur leurs territoires. Elle stipule aussi dans son article 3 que *« aucun État partie n'expulsera, ne refoulera, ni n'extradera une personne vers un autre État où il y a des motifs sérieux de croire qu'elle risque d'être soumise à la torture. »*

Définition de la violence (OMS, 2002)
Rapport mondial sur la violence et la santé

« Le terme "violence" désigne l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un maldéveloppement ou une carence ».

Définition de la torture (ONU, 1984)
Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants

« Le terme "torture" désigne tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne, ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite. »

Définition des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants

Si elle en condamne la pratique, l'ONU ne propose pas de définition des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants. Selon le rapport 2011 de l'ACAT *(voir p. 368),* « La notion de peine ou traitement cruel, inhumain

ou dégradant regroupe l'ensemble des mesures ou châtiments causant une souffrance physique et mentale à la personne, ou visant à la rabaisser ou l'humilier. La torture constitue une forme aggravée de traitement cruel, inhumain ou dégradant. »

UN SYSTÈME D'INSTRUMENTALISATION DE LA SOUFFRANCE HUMAINE

• La torture fait partie d'un système, qu'il soit politique, pénitentiaire, judiciaire ou répressif, dont elle est l'instrument. Elle est tolérée par certains gouvernements qui feignent d'ignorer ce que fait leur police, utilisée par d'autres comme technique de répression organisée, ou comme un moyen de la poursuite de la guerre. Il est très rare qu'un bourreau agisse seul. Le tortionnaire exécute le plus souvent les ordres de ses supérieurs et/ou agit dans le cadre d'un groupe qui l'a encadré et formé.

• Les victimes de la torture sont des hommes et des femmes, parfois des enfants. Prisonnier(e)s de droit commun, militant(e)s politiques, prisonnier(e)s politiques, femmes s'opposant à des mariages forcés, membres de la famille de prisonnier(e)s et de militant(e)s, personnes homosexuelles, lesbiennes, bisexuelles et transsexuelles, membres de minorités religieuses et ethniques : la liste est longue des victimes potentielles de la torture, particulièrement dans les régimes dictatoriaux et totalitaires qui ne tolèrent ni différence ni contradiction. La torture et les traitements inhumains et dégradants peuvent être utilisés par des membres de la police, de l'armée, de milices paramilitaires, des groupes armés non étatiques.

• La torture est fréquemment pratiquée dans des lieux de détention : prisons, postes de police, camps militaires, camps ou lieux « spéciaux » utilisés uniquement à cet effet. Certaines conditions de détention, caractérisées par la surpopulation carcérale, la privation d'hygiène, d'eau potable et de nourriture constituent des peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants, et peuvent être considérées comme des méthodes de torture.

FORMES ET MÉTHODES DE TORTURE

• Il existe d'innombrables méthodes de torture physique et psychologique, car il s'agit d'amener la victime à une situation de dépendance extrême, et de dégradation psychologique et biologique massive. La torture est de plus indissociable de paroles d'humiliation, de mépris, d'insultes, de menaces, de fausses accusations. Les différentes méthodes de torture peuvent être utilisées simultanément et successivement, et une même personne peut être torturée répétitivement pendant des jours, des mois, voire des années. Les personnes torturées sont immobilisées, souvent dénudées, et mises dans l'incapacité de se défendre et de rendre des coups.

• Les tortures physiques les plus fréquentes :

les coups assénés à l'aide d'objets, tels que des matraques, fouets, bâtons ;

les violences sexuelles sont extrêmement fréquentes : viols dont des viols par intromission d'objets, dénudation publique, coups et brûlures sur le sexe, les seins… ;

la pendaison par les bras pendant des heures, le « planton » ou maintien douloureux et forcé de certaines attitudes, la station debout pendant des jours ;

les décharges électriques, brûlures sur toutes les parties du corps ;

les mutilations, fractures des dents, arrachage des ongles ;

les suffocations par immersion, introduction d'objets dans la bouche ;

l'ingestion de matières fécales et d'urine, de drogue.

• Les tortures psychologiques. Si elles semblent moins brutales, elles sont extrêmement destructrices sur le plan psychique. Elles sont utilisées pour ne pas laisser de traces ou de témoignage des tortures subies. Il peut s'agir de :

la privation de sommeil, de lumière, ou l'utilisation de procédés pour inverser le rythme jour/nuit ;

les simulacres d'exécution ;

l'obligation d'assister à la torture ou au viol de ses proches ;

la transgression contrainte de valeurs ou tabous religieux ou moraux ;

l'interdiction absolue de communiquer avec les autres prisonniers, le maintien dans l'incertitude sur les raisons de l'arrestation, la durée de la détention, le sort des proches.

UNE ENTREPRISE DE DESTRUCTION DE L'INDIVIDU ET DE SON GROUPE D'APPARTENANCE

• La torture, dans ses multiples dimensions physiques, psychologiques et sociales, est une entreprise de destruction de l'intégrité d'une personne humaine. Les méthodes de torture visent le plus souvent « officiellement » à obtenir des aveux et des informations, mais leur objectif est tout autant d'intimider, de terroriser, de stigmatiser, et de prouver sa domination sur une personne ou le groupe social dont elle est issue. Les tortures tendent à anéantir les croyances et valeurs d'une personne, mais aussi sa confiance en soi et l'estime qu'elle se porte. En dégradant le corps dans l'ensemble de ses fonctions biologiques, érotiques, sensorielles, mécaniques, en rendant poreuses par des attaques répétées sur le corps les limites entre dedans et dehors, en mettant à mal les croyances et valeurs de l'individu, la torture attaque les bases narcissiques et identitaires de l'individu. Elle « brise de l'intérieur ».

• La torture produit des effets bien après le moment où la personne a été torturée. Un de ses objectifs est de faire taire définitivement ; la terreur, le sentiment de culpabilité et la honte ressentis par une personne qui a été torturée à l'évocation de ce qu'on lui a fait, et l'a contrainte à faire, risquent de l'enfermer pendant longtemps dans le silence. L'attitude et l'accueil de son entourage, mais aussi des soignants et personnels administratifs, sont importants pour défaire le sentiment d'obscénité que la personne torturée peut ressentir en mettant des mots sur son expérience. Pouvoir entendre l'expérience de la torture, et ne pas répondre par un silence mortifère, c'est aller contre la malédiction de la torture qui se perpétue parfois jusque dans l'exil. C'est aussi rétablir un lien interpersonnel qui ne représente pas un potentiel danger pour la personne qui a été torturée mais peut restaurer au contraire une certaine confiance.

Définitions de la torture en psychanalyse

Les psychanalystes qui ont étudié l'impact psychique des tortures ont construit des théories qui permettent de mieux appréhender le lien entre l'individuel et le politique, le psychologique et le social dans l'utilisation de ces méthodes. Françoise Sironi définit la torture comme *« une technique traumatique dont la fonction majeure est d'être une méthode*

de déculturation ». Maren et Marcelo Viñar en parlent comme de *« tout dispositif intentionnel, quels que soient les moyens utilisés, mis en place avec la finalité de détruire les moyens et convictions de la victime pour la dépouiller de la constellation identificatoire qui la constitue comme sujet. Ce dispositif est appliqué par les agents d'un système totalitaire et est destiné à immobiliser par la peur la société gouvernée »*. Ces définitions mettent en lumière le lien entre la torture comme moyen de détruire psychiquement, un individu et le groupe visé derrière l'individu torturé.

CLINIQUE

• **Les conséquences physiques.** Outre les cicatrices et les conséquences des traumatismes physiques, les personnes qui ont subi la torture et des traitements inhumains et dégradants se plaignent très fréquemment de douleurs : céphalées chroniques et invalidantes, douleurs abdominales, thoraciques, lombaires ou de toute autre partie du corps, parfois attribuées aux sévices subis. Le « bilan de santé » est souvent demandé pour donner sens à ces signaux du corps.

• **Les conséquences psychiques.** Le plus souvent, sans lésion physique apparente, c'est « à l'intérieur » que des commotions se sont formées, enkystées. Ces conséquences psychologiques des violences, très fréquentes, sont complexes à diagnostiquer et à soigner. Les personnes qui ont subi la torture ou des traitements cruels, inhumains et dégradants ont un risque accru de souffrir de syndromes psychotraumatiques *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).* À ceux ci sont souvent associés des troubles anxieux (crise d'angoisse, anxiété permanente) et dépressifs. S'ajoutent fréquemment aussi des perturbations diverses et inquiétantes : troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, perte de désir et de volonté d'agir, asthénie, troubles de la sexualité, idées suicidaires, voire tentative de suicide. Par ailleurs, il n'est pas rare que ces personnes présentent des traumas complexes *(voir p. 398),* ou des formes très sévères de syndromes psychotraumatiques, comportant des épisodes de délires ou d'hallucinations, sur des thèmes de persécutions rappelant la situation de violence qu'elles ont vécue. Les survivants de la torture, face à ces symptômes, disent souvent qu'ils ont l'impression de devenir fous, ou qu'ils ne se reconnaissent pas. L'angoisse produite par ce sentiment de n'être plus soi même vient renforcer la honte,

la culpabilité et la perte d'estime de soi que les tortures ont pu provoquer. Cela conduit souvent ces personnes à s'isoler, se sentant radicalement différentes, altérées par leur expérience.

• Le contexte politique et social de la demande de soins. Les demandeurs d'asile ayant été victimes de torture et de traitements cruels, inhumains et dégradants vivent pour un grand nombre d'entre eux dans une très grande précarité sociale et administrative, vivant dans la rue ou chez des tiers, sans revenu ou avec une très faible allocation *(voir p. 140).*
Ils sont aussi très nombreux à vivre dans l'isolement, après une séparation contrainte et brutale de leurs proches.
La précarité de leurs conditions de vie en France, l'absence de reconnaissance des violences subies par l'attribution du statut de réfugié, l'absence de droit au travail, ainsi que la perte d'un environnement affectif stable : tous ces éléments viennent renforcer les symptômes existants et peuvent même conduire à des décompensations psychiques *(voir Santé mentale et troubles psychiques, p. 389).*

L'ACCUEIL, LE SOIN ET L'ACCOMPAGNEMENT

• L'accueil en consultation médicale, psychologique, sociale ou juridique d'une personne ayant été victime de torture nécessite une écoute et une attention soutenues. Prendre son temps et donner du temps à la personne reçue, ne pas manifester d'impatience face aux difficultés de la personne à parler, accepter des mouvements de méfiance, accepter les rendez vous manqués font partie des conditions de l'instauration d'une alliance thérapeutique.

• Les personnes victimes de torture peuvent être réticentes à confier leurs maux à un soignant, c'est pourquoi l'accueil doit être personnalisé, comme doivent être facilités le repérage et l'accès à la structure, au médecin, au psychologue, à l'assistante sociale. Il est nécessaire de veiller à ce que les conditions de la consultation ne puissent rappeler aucune des circonstances des sévices : respecter l'intimité en bannissant les intrusions dans le cabinet de consultation, préférer une lumière douce, éviter les claquements de porte, ne pas interroger la personne trop rapidement… L'écoute et le questionnement doivent respecter le secret et la souffrance. Il ne s'agit pas de « faire parler », mais d'écouter les demi mots, les paroles déformées, les silences.
Il faut savoir résister à la tentation d'être « efficace », de vouloir rassurer immédiatement. Il convient également d'éviter

NB

Les soins et traitements médicaux et psychologiques pour les personnes souffrant de syndromes psychotraumatiques sont détaillés dans le chapitre Santé mentale et troubles psychiques *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).*

la banalisation, voire la négation du trauma qui traduit, pour le soignant ou le travailleur social, son ignorance et son besoin, souvent inconscient, de se défendre face à des récits terrifiants.

• **L'examen médical et le bilan de santé constituent une première réponse** aux plaintes exprimées. L'examen médical permet de répondre à la demande de montrer certaines parties du corps qui accompagne la difficulté à dire, et d'envisager une opération en raison de certaines séquelles *(voir infra).* La prescription d'un bilan de santé ouvre au dépistage et au diagnostic d'affections sévères par des examens ciblés *(voir Bilan de santé, p. 326),* mais répond aussi aux craintes que les personnes peuvent nourrir au sujet des conséquences des tortures qu'elles ont subies. Le bilan de santé offre ainsi souvent la possibilité de faire le lien entre souffrance psychique et physique. Si, paradoxalement, la « normalité » du bilan de santé est parfois douloureusement ressentie, elle peut ouvrir la voie à l'orientation vers un(e) psychothérapeute.

• **Le recours au chirurgien orthopédique est indiqué lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable** *(voir aussi Pathologie courante, p. 468),* comme un traitement étiologique de la douleur, la réduction d'un handicap ou la réparation d'un préjudice esthétique important. Même en cas d'abstention chirurgicale, l'avis du spécialiste peut participer à la reconnaissance du traumatisme vécu par le patient et contribuer à l'amélioration de son état. L'intervention du chirurgien doit souvent s'intégrer dans une prise en charge multidisciplinaire, et un geste chirurgical doit être envisagé avec beaucoup de précautions, en raison des interactions médico juridiques et des difficultés fréquentes de communication. Il est nécessaire de revoir le patient plusieurs fois et de faire appel si besoin à un interprète professionnel.

• **L'espace de la thérapie.** Des informations claires sur le but, le déroulement d'une consultation psychothérapeutique et la confidentialité sont vécues comme rassurantes par les personnes ayant vécu une situation où elles étaient à la merci d'une autre personne. De son côté, le thérapeute, pour pouvoir aider les personnes dans l'élaboration d'un vécu traumatique envahissant, doit être en mesure d'entendre des récits de violence extrême, mais aussi à même d'accueillir des mouvements transférentiels massifs. Il est aussi essentiel de tenir compte du rôle que peuvent jouer les conditions de vie actuelles des personnes dans l'aggravation de la souffrance et des troubles psychiques.

La souplesse, l'aménagement du cadre psychothérapeutique dans une perspective de coconstruction de celui ci sont essentiels pour maintenir un lien thérapeutique *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).* C'est particulièrement vrai pour des personnes souffrant de troubles de la mémoire et de la concentration créant des erreurs et des oublis de rendez vous. Il s'agit aussi de ne pas imposer ou forcer la parole de personnes pour qui parler peut sembler dangereux.

• Risques et excès des approches « spécialisées ».
La nécessité de sensibiliser aux problèmes de la répression politique et de l'exil ne doit pas aboutir à créer une pathologie de la torture et à stigmatiser en une nouvelle catégorie de malades les personnes qui en ont souffert. Par ailleurs, les techniques « actives » peuvent avoir des conséquences dramatiques lorsqu'elles essaient de faire réémerger trop rapidement l'expérience traumatique sans accepter qu'elle reste, aussi longtemps que nécessaire, non nommée, ou sans attendre que la personne soit en mesure de l'évoquer.

• Les différentes modalités de soins et d'accompagnement (médical, psychologique, social et juridique) visent à une restauration narcissique et à rétablir la possibilité pour la personne d'être en lien avec les autres. Un travail pluridisciplinaire est en ce sens souvent essentiel : soulager les douleurs physiques, proposer un espace de parole sécurisant et libre, orienter vers des lieux collectifs pour sortir de l'isolement, aider dans les démarches administratives et juridiques pour inscrire la personne exilée victime de torture dans la société d'accueil. Pour tous les professionnels en lien avec des personnes victimes de torture, des espaces de parole (intervisions, supervisions, analyse de pratique, réunion d'équipe régulières) sont nécessaires pour atténuer les effets possibles de contagion traumatique et de souffrance professionnelle *(voir Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397).*

• Certification médico-psychologique et demande d'asile
(voir Certification médicale et demande d'asile, p. 308)

• Demande de certificat et de consultation médicale ou psychologique. Dans un contexte de crise du droit d'asile et d'une exigence renforcée de « preuves » de persécutions, la demande d'un certificat médical destiné à l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) ou à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) est fréquente. Il arrive que cette demande envahisse les consultations jusqu'à parasiter

la relation de soins, alors même qu'un accompagnement médico psychologique est indiqué.

• L'exigence inappropriée du « certificat médical » peut accentuer les effets du trauma *(voir p. 308)* lorsque, sous la pression de l'entourage, des soutiens ou encore directement des instances de reconnaissance du statut de réfugié, le survivant de la torture est sommé de faire le récit des sévices infligés par ses bourreaux dans des conditions de temps et de lieu qu'il n'a pas choisies, souvent même dans l'urgence. En prétendant remplacer la parole de l'exilé par la parole « experte » du médecin, le certificat médical peut en outre s'opposer au processus thérapeutique.

• L'insertion socioprofessionnelle est entravée par la crise du droit d'asile *(voir Droits et soutien, p. 140).*

PRÉVENTION ET LUTTE CONTRE LA TORTURE ET LES TRAITEMENTS INHUMAINS ET DÉGRADANTS

• Accès aux soins et accès aux droits. Les exilés victimes de torture sont nombreux à souffrir des conséquences physiques et psychiques des violences qu'ils ont subies. L'accès à des soins de qualité et de proximité, dans la langue dans laquelle ils sont le plus à l'aise pour communiquer, devrait leur être garanti. Cependant, dans certains hôpitaux et structures de santé, commme auprès de certains médecins généralistes et spécialistes, cet accès est empêché par les obstacles et délais d'obtention d'une protection maladie. L'absence de recours à l'interprétariat professionnel constitue elle aussi un obstacle récurrent à l'accès aux soins médicaux et de santé mentale pour les personnes allophones. Le soupçon de certains professionnels quant à la véracité des tortures, d'autant plus fort que le climat idéologique est défavorable aux étrangers, fait barrage à l'instauration d'une relation de soin. Il représente un déni de reconnaissance et peut être dévastateur pour des personnes ayant vécu des violences intentionnelles. Ce soupçon s'exprime souvent par l'idée que les personnes exilées simuleraient des troubles psychiques ou « raconteraient toutes la même histoire ».

• Au niveau national et international, des associations luttent pour l'abolition de la torture et contre l'impunité de ceux qui l'ordonnent et la pratiquent. Ces organisations dénoncent

les conditions de détention et d'incarcération, lorsque celles ci constituent des traitements cruels, inhumains et dégradants, et œuvrent pour leur amélioration. Ces groupes produisent aussi des rapports sur l'utilisation de la torture, et réclament l'application des traités et conventions par les États.
On peut citer Amnesty International, Human Rights Watch, le CICR (Comité international de la Croix Rouge), la FIDH (Fédération internationale des droits de l'homme), la FIACAT (Fédération internationale de l'ACAT). Le Comité contre la torture est l'organisme de l'organisation des Nations unies chargé de superviser la prévention de la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Il dépend du Haut Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme.

• **Dans les pays d'accueil des victimes de torture,** la lutte contre la torture s'incarne dans la défense de l'application du droit d'asile, l'amélioration des conditions d'accueil des demandeurs d'asile et réfugiés, et le rappel du principe de non expulsion des personnes risquant d'être soumises à la torture. Enfin, le soin et l'accompagnement socio juridique individuels des victimes de torture participent de cette lutte. Ils s'opposent à la contagion du silence autour de l'utilisation de la torture et permettent aux personnes qui en ont été victimes de ne pas rester enfermées dans l'intention des bourreaux de les « briser » durablement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Alleg H., *La Question*, Les éditions de Minuit, Paris, 2008

Association Primo Levi, *Livre blanc : soigner les victimes de torture exilées en France,* mai 2012. Disponible sur le site : http://www.primolevi.org

Rolland J.C., *Un homme torturé, Tito de Alencar,* dans *Nouvelle Revue de Psychanalyse,* n° 33, p. 223 234, 1986

Sironi F., *Bourreaux et victimes,* Odile Jacob, 1999

Viñar M. et M., *Exil et torture,* Denoël, 1989

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 en particulier la santé mentale *(voir p. 389)*. 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 observées. 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 % (Source Unicef 2013). 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 peul, toucouleur, soninke et bambara *(voir Carte ethnolinguistique, voir guide 2008).* Selon l'INED (enquête excision et handicap), 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 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…

• 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, VHB, VHC) 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 traitements cruels, inhumains ou dégradants, p. 368)* ;

les autres complications sont gynécologiques (infertilité, stérilité, infections, dysménorrhées, hématocolpos, 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 mutilations sexuelles, 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.

Certificat médical de non-excision
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, p. 300).*** 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, particulièrement les syndromes psycho traumatiques et les dépressions *(voir p. 397)*. 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, à certaines conditions *(voir Droit d'asile, p. 31)*. 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 victimes de mariage forcé rendrait alors leur situation en France plus précaire, la protection subsidiaire étant accordée pour une durée de 1 an, renouvelable chaque année.

• Toutefois, les demandeuses 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 (TGI), 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 des difficultés pour obtenir ce titre de séjour.

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

Fonds des Nations unies pour l'enfance, *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements,* Unicef, New York, 2013.

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/

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 p. 8

ÉPIDÉMIOLOGIE

• **Dans l'observation du Comede** *(voir Épidémiologie, Exil et santé, p. 8),* 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 %), 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. 380).* 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. 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 ne 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 p. 368)*. 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 subsidiaire est accordé(e) *(voir Droit d'asile, p. 31)*. 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, p. 308)*.

• 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, p. 34)* 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 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, p. 16).*
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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Ayraut 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

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, p. 368

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.

• 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 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, p. 368).*

• 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'accompagnent 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 parait 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, p. 16).*

• 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 :

la solution buvable permet la prescription de doses progressives (gouttes à 1 mg) 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 donné pour 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 (délire, 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

Voir aussi :

Le bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux, Recommandation Afssaps, octobre 2006

Les thématiques Prescrire, Médicaments à visée psychotropes, Session janvier avril 2011

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 de prévenir et minimiser les risques psycho sociaux.

L'exigence inappropriée du « certificat médical » pour les demandeurs d'asile peut accentuer les effets du trauma

(voir Certification et demande d'asile, p. 308), 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.

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 P. 312)

• 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 traumatisation 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.

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

Permanence téléphonique Santé Mentale du Comede

☏ 01 45 21 39 31, mardi et jeudi, 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.

MIGRANTS ÂGÉS

Alors que la majorité des personnes âgées migrantes vivent dans l'espace urbain ordinaire, aidées par des proches, la situation psychosociale des hommes isolés, souvent d'origine maghrébine, et vivant en foyer a été la plus documentée. Celle des femmes âgées migrantes demeure notamment peu visible. De manière générale, la vulnérabilité et les troubles psychiques des personnes âgées migrantes peuvent être renforcés par les questionnements qu'engendrent leur situation d'exil et leurs conditions de vie souvent précaires. L'institutionnalisation, la question du repérage des troubles neuropsychologiques et de la fin de vie au sein de cette population spécifique peuvent se poser différemment en raison de facteurs socio-culturels et/ou linguistiques.

Voir aussi Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397

VISIBILITÉ ET INVISIBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES MIGRANTES : DES HOMMES ET DES FEMMES

• **Si les représentations collectives associent souvent immigration, vieillesse et isolement, la plupart des migrants vieillissent en ménage ordinaire** et la part des hommes et femmes isolés ne dépasse pas 10 % de l'ensemble des migrants âgés de plus de 60 ans. Il est donc important de resituer la problématique du vieillissement des migrants dans l'espace urbain ordinaire (en « habitat diffus »), dans le contexte familial des réajustements nécessaires face à la prise en charge des personnes âgées migrantes par leurs proches. L'impact psychologique et social sur les aidants informels, conjoint ou enfants de migrants face au devenir de leur(s) parent(s) âgé(s), devrait être pris également en compte.

• **La majorité des travaux en sociologie sur la question traitent des personnes qui s'inscrivent de longue date dans la « double résidence » entre lieu d'origine et lieu de séjour en France,** notamment les hommes d'origine maghrébine,

mariés, anciens travailleurs. Il arrive que leur conjointe et enfants soient restés au pays, alors que certains sont inscrits dans des relations plus distendues avec la famille d'origine. Souvent isolés et en mal d'insertion sociale, installés dans un « provisoire permanent », une partie d'entre eux vivent en foyer. Cette population est caractérisée par une « double absence », source de souffrance psychique, en raison de l'éloignement de la famille et du pays d'origine, ainsi que du manque d'inscription sociale dans le pays d'accueil.

• C'est dans ce contexte que peuvent s'inscrire les difficultés de la paternité en exil. Alors que le travail pouvait souvent leur permettre de donner un sens à l'exil, comme sacrifice nécessaire pour assurer l'avenir des enfants, la fin de l'activité professionnelle peut signifier la perte de leur rôle de protection à l'égard de la famille demeurée au pays. En cas d'incapacité à continuer d'assurer l'entretien de leur famille, des pères sont conduits à interrompre les relations et à choisir parfois de ne plus rentrer au pays. Les conséquences d'un tel abandon sont différentes selon le type d'organisation familiale qui existe sur place.

• Si la séparation familiale est difficile à vivre et débouche parfois sur des ruptures, les retrouvailles durables entraînent des remaniements inévitables dans les relations intra-familiales. Les séparations successives et longues ont participé à une révision de la place qu'occupait le migrant avant le départ. Que ce soit dans le cadre du retour définitif du père au pays ou dans le cadre de l'installation en France de la famille, on assiste à une redéfinition des relations entre les uns et les autres pouvant engendrer des conflits et des déceptions.

• La situation des femmes âgées migrantes a été peu documentée, malgré un risque de précarité économique et d'isolement souvent accru par un veuvage précoce fréquent. Cette méconnaissance tient en partie au statut social des femmes concernées, tributaires du regroupement familial et des droits dérivés conférés aux épouses. Une majorité d'entre elles s'est pourtant inscrite dans une démarche d'implantation durable, d'exil définitif. À la différence d'hommes pris entre ici et là bas, elles se situent de manière plus marquée dans un projet de vie ici, mettant en avant l'importance de la proximité des enfants et la socialisation dans la vieillesse.

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DU VIEILLISSEMENT EN SITUATION D'EXIL

• Chez les migrants, la vulnérabilité psychique liée au vieillissement peut être renforcée par l'expérience de l'exil et la situation sociale parfois précaire. Pour les personnes retraitées, le choix entre « rentrer ou rester ici » peut réactiver des pertes et traumatismes antérieurs, le retour pouvant constituer une forme de second exil. Les conséquences sociales du vieillissement, la retraite avec la diminution ou la perte des revenus faisant parfois vivre la famille « au pays » peuvent entraîner un sentiment d'isolement et l'apparition ou l'aggravation de troubles anxiodépressifs. Les conditions de vie parfois précaires peuvent également accentuer ce vécu de solitude et de souffrance psychique.

• Parce qu'il entraîne la nécessité de faire face à de nombreuses pertes, le vieillissement physique s'accompagne de remaniements psychiques importants. En effet, les limitations dans la vie quotidienne, les problèmes de santé, la perte d'autonomie peuvent bouleverser les assises narcissiques et l'équilibre psychique des personnes vieillissantes. L'acceptation des pertes et deuils à faire, les angoisses autour de la mort, la nécessité de trouver une nouvelle inscription sociale, associées à l'isolement relationnel, font de la dépression un trouble psychique fréquent parmi la population des personnes âgées. La vieillesse est un processus biologique, mais aussi une construction sociale et un événement psychique qui s'inscrivent dans une histoire singulière. Ainsi, au delà des problématiques psychologiques générales posées par le vieillissement de la personne, cet âge de la vie constitue une période de vulnérabilité psychique spécifique pour le sujet migrant.

• Le vieillissement chez la personne migrante pose la question du retour au pays d'origine à la fois rêvé et appréhendé. Le retour au pays d'origine est souvent envisagé par la personne âgée en exil à travers le prisme d'une séparation insoluble entre la vie qu'elle a construite dans le pays d'accueil et celle qu'elle a laissée. Elle peut être alors partagée entre le désir de rester auprès de ses enfants ici ou de rejoindre sa famille et ses ancêtres dans le pays d'origine. La question, sous forme de bilan, de ce qu'elle a pu transmettre à sa descendance de son histoire, de ses valeurs et de sa culture peut devenir douloureuse et renvoyer à un vécu d'échec. Elle est encore renforcée par les restrictions de droit qui contraignent certains

migrants retraités à adapter leurs périodes de résidence aux exigences de la Sécurité sociale *(voir p. 281)*. Pour les migrants âgés ayant des pathologies somatiques chroniques s'ajoute la nécessité d'un suivi médical régulier.

• Le sentiment d'isolement fréquent chez la personne âgée peut se trouver renforcé par le décalage entre les représentations des migrants âgés sur l'accompagnement du vieillissement par la famille, la société et les normes du pays d'accueil. Même si l'écart tend à se réduire, il existe des représentations culturelles, une organisation familiale et sociale différente de la prise en charge des « anciens » selon les sociétés et les cultures. Les personnes âgées migrantes convoquent souvent les souvenirs de modes de vie ancestraux de familles élargies régies par la notion de responsabilité filiale, légitimant la prise en charge des plus âgés par l'ensemble de la famille, dans un mélange qui emprunte à des valeurs religieuses et à des virtualités anthropologiques.

• Les plaintes somatiques liées au vieillissement physique peuvent constituer une forme d'appel à l'aide, masquant la douleur psychique et témoignant en même temps d'une parole en souffrance. La place accordée à la parole et au savoir de la personne âgée diffère selon les sociétés. La personne âgée en exil peut alors souffrir d'autant plus du sentiment de ne pas être entendue. La somatisation intervient là où l'appel au voyage s'enkyste dans l'impuissance. Le corps peut alors devenir le lieu d'inscription d'une mémoire impossible. Cette problématique de l'entre deux marque fortement certains migrants âgés, pris entre ici et là bas.

L'INSTITUTIONNALISATION : UN NOUVEL EXIL DANS LA VIEILLESSE ?

• Les questions de dépendance et de perte d'autonomie, d'impossibilité ou de dysfonctionnement dans le maintien à domicile concernent également les personnes âgées migrantes. Or, finir ses jours en institution est souvent vécu de manière plus difficile encore par ces personnes. En effet, le placement en institution induisant la perte des repères habituels et du mode de vie à domicile peut réactiver d'autres pertes et déracinements antérieurs comme lors de la migration initiale.

• Certains migrants peuvent ressentir un plus grand isolement au sein de l'institution lié aux écarts de langues et de références culturelles, donnant lieu à un fort sentiment d'étrangeté. Le décalage entre l'institutionnalisation et leur représentation de la vieillesse peut également engendrer une forte blessure narcissique et une souffrance psychique importante. L'institution correspond à un monde complexe, avec ses codes, son fonctionnement, lieu de confrontation et de cohabitation où doivent vivre ensemble des personnes âgées migrantes et non migrantes, accompagnées par des soignants dont une partie est également issue de l'émigration. Ce cadre institutionnel implique des règles, des usages et savoirs faire des soignants face aux patients, ayant des traits de personnalité propres et une histoire singulière, dont la migration et les appartenances culturelles avec des normes différentes peuvent faire partie. Une réflexion s'impose donc sur la manière de concilier les écarts possibles entre les attentes de ces patients ayant parfois des difficultés face à la vie courante des établissements et les modalités de la prise en charge proposée.

• Dans ce contexte, la difficulté d'échange verbal entre un soignant et une personne âgée migrante lors des soins ou de la vie quotidienne peut être source d'incompréhension, de mal-être et de conflits avec les autres. En effet, lors d'actes de soin touchant à l'intimité de la personne, comme lors de la toilette, la parole est nécessaire pour venir apaiser l'appréhension ou le malaise induit par la situation. C'est par la parole que l'acte peut devenir relation de soin et d'aide. Certains soins ou accompagnement de la vie quotidienne peuvent ainsi être particulièrement mal vécus lorsque la communication est difficile en raison des obstacles linguistiques. En outre, le manque de connaissances anthropologiques et sociales des soignants concernant cette population peut parfois nuire à un accompagnement adapté.

• Par ailleurs, des difficultés d'évaluation et de diagnostics précoces des troubles neuropsychologiques et neuro-dégénératifs comme la maladie d'Alzheimer ont pu être mises en évidence chez les personnes âgées migrantes non-bilingues et illettrées. L'inadaptation des moyens de diagnostic disponibles tant dans leur contenu et leur élaboration (étalonnage et validation) que dans les conditions et modalités d'utilisation (langue) les prive des bénéfices de diagnostics précoces et de repérage mis en place pour venir en aide aux personnes concernées et à leur entourage.

MOURIR EN EXIL

• Il existe chez la personne migrante en fin de vie une douleur morale potentielle spécifique liée à l'impossible retour en terre natale. Vieillir en France, c'est accepter le risque d'y mourir, loin des siens et de la terre de ses ancêtres. Les angoisses constatées dans cette catégorie de population sont complexes, car il semble que le risque de perdre la capacité de retrouver les siens importe autant à ces personnes vieillissantes déracinées que les questionnements autour de la maladie, la vieillesse et le handicap.

• Cette question se cristallise notamment sur le choix de lieu de sépulture ici ou là-bas, car la fidélité à la communauté spirituelle peut revêtir un caractère primordial, être enterré ici par exemple dans les « carrés » musulmans des cimetières français ou là bas en terre natale. Dans le deuxième cas, le transfert du corps nécessite d'être préparé, organisé et financé. Ce processus introduit un compromis, une tonalité plus réaliste dans le rapport au sacré. Les communautés essaient alors de s'organiser pour renvoyer le corps et faire les rituels nécessaires pour que le mort puisse passer du statut de défunt à celui d'ancêtre. La mort révèle le rapport de la société à son altérité. Ainsi la place réelle qui est faite aux personnes âgées migrantes à travers les lieux de sépulture et la possibilité d'effectuer les rituels d'accompagnement sont significatives d'une volonté d'intégration des exilés dans la mémoire collective ou au contraire de leur absence de légitimité dans le pays d'accueil.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

De La Noë Q., *Vieillir en exil : ruptures et transmissions,* Champ psychosomatique, 2001/4 n° 24, 81 98

Hallouche O., *Migrants âgés : le drame du double exil,* Santé de l'homme, 2007, n° 293, 19 20

Samaoli O., *Retraite et vieillesse des immigrés en France,* L'Harmattan, 2007

Sebag-Lanoë R., *De la douleur de mourir loin de sa terre natale,* Hommes et migrations, 1991, n° 1140, 8 14

Sonacotra, Unicef, *Être père à distance, Le devenir des enfants d'immigrés demeurés au pays d'origine : regards croisés pères/enfants,* Barou et al., rapport de recherche, 2001

ENFANTS ET ADOLESCENTS

Le contexte d'exil et de précarité peut engendrer des risques de vulnérabilité psychique chez les enfants de migrants et les enfants migrants, qui se cristallisent lors de la période des interactions précoces parents-enfants, au moment de l'entrée dans les apprentissages scolaires et à l'adolescence. Pour les enfants et les adolescents ayant connu l'expérience migratoire, il est important de prendre en compte les traumatismes psychiques éventuellement vécus lors de leur parcours et l'impact potentiel sur leur développement.

Voir aussi Syndromes psychotraumatiques et dépression, p. 397

EXIL, PÉRINATALITÉ ET PRÉCARITÉ : ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

• **Pour une femme, la grossesse est une épreuve existentielle dans toutes les cultures,** qui implique des remaniements psychiques et représente un moment de transition vers la parentalité. Une fragilité psychologique peut s'exprimer à travers le doute sur ses propres compétences et par un moment de reviviscence de ses propres conflits infantiles et de questionnement sur sa filiation.

• **Pour soutenir le bouleversement interne inhérent à cette période de transition, une femme en situation d'exil ne trouve pas forcément les étayages nécessaires, incarnés par la présence des femmes de sa famille et les éléments liés à la culture d'origine.** La perte du cadre culturel peut entraîner à ce moment là une carence d'étayage et une perte de confiance dans ses capacités à être mère. Dans ce contexte, le monde extérieur n'étant pas sécurisant, notamment pour les femmes exilées en situation de précarité, une confusion peut s'installer dans la manière de se représenter l'enfant et d'en prendre soin.

• **La structuration psychique de l'enfant se joue pendant les premières années, lorsque le parent transmet ce qui lui appartient et, en même temps, présente le monde aux**

enfants. Les mères ont donc ce double travail de transmission et de présentation du monde qui les entoure, dans un contexte d'exil et de perte des repères. Si elles sont déprimées, on peut observer que les bébés sont carencés, insuffisamment stimulés, pouvant manifester des troubles somatiques.

• L'absence de sécurité matérielle pour de jeunes parents est un facteur d'insécurité psychique entraînant des perturbations dans la relation mère-bébé, avec un risque de développer des troubles psychomoteurs, voire des troubles de la personnalité. Dans ce contexte, un retard de développement psychomoteur et/ou du langage est parfois visible dès l'entrée à la maternelle. Les enfants jeunes s'exprimant préférentiellement par la motricité, l'agitation psychomotrice vient marquer l'anxiété.

LES TROUBLES CHEZ LES ENFANTS MIGRANTS D'ÂGE SCOLAIRE

• À l'âge de l'école primaire, des difficultés d'apprentissage sont observées chez certains enfants migrants. Ces difficultés varient selon la possibilité pour l'enfant de mobiliser sa pensée et son envie d'apprendre, son niveau de bilinguisme, et selon les moyens pouvant être mis en œuvre par les parents pour soutenir la scolarité. L'échec scolaire est souvent vécu douloureusement par les enfants et leurs parents, car la perspective d'une scolarité de qualité a contribué au départ de la famille du pays d'origine, notamment lorsqu'il s'agit d'une migration pour des raisons économiques. Des troubles du comportement en classe comme des troubles de l'attention et de la concentration, de l'agitation ou de l'agressivité peuvent être associés aux difficultés scolaires. Certains enfants plus introvertis peuvent au contraire exprimer leur souffrance par le repli, l'inhibition et la passivité.

• Parmi les troubles fréquemment observés chez les enfants migrants, on trouve des troubles du langage isolés ou associés à des troubles des apprentissages et du comportement. Dans certains cas, le trouble du langage se double d'un retard de développement, avec des éléments psychopathologiques inquiétants. Dans tous les cas, la présence d'un contexte bilingue rend nécessaire une évaluation du langage en langue maternelle en plus de l'utilisation des outils habituels orthophoniques, psychométriques et psychologiques.

L'EXPRESSION DU TRAUMA CHEZ L'ENFANT

• Un certain nombre d'exilés, en particulier les demandeurs d'asile, ont vécu des événements traumatiques dans leur pays d'origine *(voir Repères, p. 8)* et leur parcours migratoire a parfois été complexe et dangereux. Fragilisées par les événements prémigratoires et le sentiment d'insécurité lié à la précarité de la vie en France, les familles sont parfois mises à mal dans leur fonction de protection et de contenance auprès des enfants. Les conditions de la migration sont donc importantes à prendre en compte pour évaluer les répercussions psychiques chez les enfants et les adolescents des événements traumatiques éventuellement subis par les parents en présence ou non de leurs enfants.

• L'enfant migrant se différencie de l'enfant né en France de parents migrants par son vécu potentiellement traumatique de l'exil, car il a lui-même connu les événements prémigratoires et le voyage. Les enfants migrants peuvent développer des troubles lors de certaines étapes de leur développement, tout comme les enfants n'ayant pas connu la migration. Néanmoins, compte tenu de l'exil vécu et des facteurs environnementaux, il est important de repérer les éventuels signes d'expression du trauma chez l'enfant, afin de pouvoir proposer un accompagnement psychologique adapté.

• Du point de vue de la symptomatologie post-traumatique chez l'enfant, on observe des manifestations de reviviscence à travers le jeu et les cauchemars. Il peut y avoir également une tristesse avec perte de l'envie de jouer, un état de prostration ou d'alerte avec attitude d'agrippement, d'évitement phobique ou de comportements régressifs (pertes d'acquisitions langagières et comportementales antérieures) pouvant nuire à l'autonomisation et au développement de l'enfant. L'expression somatique des troubles est fréquente, avec des atteintes cutanées, des douleurs.

• Pour les enfants au-delà de 6 ans, le trauma peut se manifester par une sidération psychique marquée par une impossibilité ou un retard d'apprentissage de la langue française, ainsi qu'une difficulté à investir le monde extérieur. Des comportements agressifs à l'école, associés à l'anxiété devant l'inconnu et à des cauchemars répétitifs, peuvent, également être des signes de troubles liés au traumatisme. Une forme d'hypervigilance et d'hypermaturité chez les enfants

plus âgés peut être observée, dans un souci constant par rapport à la situation de leur famille.

• L'exposition sur le long terme à des événements stressants mineurs, mais répétitifs, peut avoir un effet traumatique. Au delà d'un seuil de tolérance variable d'un enfant à l'autre, ses capacités d'adaptation deviennent inopérantes. Il ne s'agit pas forcément d'un événement traumatique unique qui sidère la pensée par sa violence et la sensation intense de danger de mort, mais plutôt des effets des traumatismes répétés plus étendus que ceux de l'état de stress post traumatique, pouvant provoquer de graves troubles du développement et de la personnalité chez l'enfant.

• Le climat d'insécurité matérielle et psychique dans lequel vivent parfois ces familles durant des années, le non-respect des droits fondamentaux de l'enfant (droit d'être protégé, soigné, de vivre en famille) peuvent provoquer des effets traumatiques à long terme. Les effets de ce traumatisme sont très variables d'un enfant à l'autre et dépendent de sa résilience, de la dynamique familiale et de la place qu'il occupe au sein de la famille.

L'ADOLESCENCE EN EXIL ET LES « MINEURS ISOLÉS ÉTRANGERS »

• La puberté propulse l'enfant dans la période de l'adolescence, temps de transformations et de reviviscences des conflits internes, qui permettra le développement de l'identité propre. La construction identitaire propre à cette période du développement va se faire chez l'adolescent migrant dans le contexte d'un double vécu d'étrangeté : étranger à lui même par les modifications biologiques et psychologiques propres à la puberté ainsi qu'à l'environnement du pays d'accueil.

• L'adolescent migrant est un être en devenir à considérer dans son parcours migratoire, pris entre filiation et affiliations, avec une construction identitaire nécessairement cosmopolite. La recherche de son identité propre et la construction d'assises narcissiques suffisamment sûres nécessitent un travail d'élaboration sur sa place dans la filiation et sur son histoire familiale marquée par l'exil.

• Pour échapper au clivage inhérent à sa double appartenance (celle de sa famille d'origine et celle que lui propose le pays d'accueil), il doit inventer des liens et des stratégies de métissages. Si ce processus échoue, l'adolescent peut suspendre ses choix libidinaux, sexuels, intellectuels, ou se situer dans une répétition du traumatisme afin de résoudre des conflits internes à travers un positionnement traumatophile. Dans ce cas, les passages à l'acte peuvent advenir avec des comportements antisociaux, des conduites à risque et une toxicomanie, associés souvent à l'échec scolaire et à la perception d'un avenir sans espoir. La trop grande proximité physique entre les parents et les jeunes dans des logements exigus pousse souvent les adolescents à être le plus possible en dehors du domicile familial, s'exposant ainsi à des influences parfois néfastes. Cette proximité peut avoir des effets anxiogènes, dans cette période de réactivation œdipienne.

• Pour les préadolescents et adolescents migrants qui arrivent en France sans leurs parents, regroupés sous l'appellation juridique de « mineurs étrangers isolés », l'impact de leur parcours d'exil, ajouté à un relatif isolement en France, peut induire un état de vulnérabilité psychique et sociale important. Dans ce contexte, le travail psychique de deuil nécessaire à l'exil et à la construction identitaire propre à l'adolescence peut s'avérer complexe en raison de l'absence du cadre familial. Cette souffrance psychique peut s'exprimer par le corps pour la rendre visible, à travers de multiples plaintes somatiques.

• Il est également important de considérer le contexte spécifique de migration de ces jeunes mandatés par leur famille, fuyant une situation de guerre, de persécution, ou par exemple en situation d'errance ou de fugue. Ils ont souvent vécu des expériences traumatiques dans leur pays d'origine et lors de la migration vers le pays d'accueil. Tenir compte du vécu prémigratoire, migratoire et postmigratoire de ces jeunes est donc nécessaire pour appréhender leur souffrance psychique.

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS MIGRANTS

• Pour les enfants de moins de 3 ans présentant des signes de souffrance psychique ou de pathologie psycho-fonctionnelle liés à un événement traumatique ou non, il est important de proposer aux parents des possibilités d'accompagnement dans un cadre sécurisant. Les structures de protection maternelle et infantile (PMI) sont adaptées à ce type de prise en charge.

• Pour les enfants d'âge préscolaire, scolaire et les adolescents présentant des troubles psychiques, il est possible de les adresser au centre médico psychologique de secteur (CMP) ou au centre médico psycho pédagogique (CMPP) le plus proche. Le psychologue scolaire peut jouer un rôle important dans le repérage des troubles à l'école et l'orientation vers des structures d'accompagnement spécialisées. L'enfant peut bénéficier d'un accompagnement psychothérapeutique individuel avec un(e) psychologue et/ou d'une participation à un groupe d'enfants et si besoin de l'intervention d'autres professionnels de l'équipe pluridisciplinaire (orthophoniste, psychomotricien, éducateur spécialisé). Le recours à un psychologue permet de proposer un cadre à l'enfant afin qu'il puisse élaborer autour de son histoire familiale et du traumatisme de la migration. Dans le cas de troubles psychiques plus importants, l'enfant peut être suivi également par un pédopsychiatre au sein de cette structure. Pour les adolescents, il est possible de les adresser également dans les maisons des adolescents présentes dans chaque département, lieux polyvalents où la santé des jeunes est considérée à la fois dans sa dimension physique, psychique, relationnelle et sociale, ainsi qu'éducative. Dans certains cas particuliers, le recours à une orientation de deuxième intention vers une consultation transculturelle peut être utile, afin de proposer un dispositif métissé qui prendra en compte la dimension culturelle de la problématique rencontrée par la famille.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Bailly L., *Les syndromes psychotraumatiques chez l'enfant,* dans Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire, Lachal C., Ouss Ryngaert L., Moro M R. et al, Dunod, 2003 p. 194 202

Le Loher P. et Puybaret-Bataille C., *Difficultés psychiques des enfants de parents sans papiers,* La lettre, Association des psychiatres de secteur infanto juvénile, n° 32, décembre 2011

Marcelli D., *Enfance et psychopathologie,* Masson, 1996

Moro M-R et al., *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents,* Dunod, 2004

Moro M-R et al., *Psychopathologie transculturelle, de l'enfance à l'âge adulte,* Masson, 2009

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, p. 325

Traitement d'urgence en cas de risque d'exposition au VIH

Rapport sexuel non protégé, rupture de préservatif, piqûre accidentelle (aiguille, rasoir contenant du sang potentiellement contaminé par le VIH), partage de seringue, etc.

Sida Info Service
0800 840 800, 24 h/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 le risque qui a été pris et la nécessité de débuter un traitement antirétroviral d'urgence.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH (SOURCES : INVS, OMS, ONUSIDA)

• **L'infection à VIH-sida est une pandémie mondiale.** En 2013, 35 millions de personnes vivaient avec le VIH (PVVIH), dont 24,7 millions en Afrique subsaharienne. Seulement 12,9 millions de malades avaient accès aux antirétroviraux, alors que 1,5 million de personnes sont décédées de causes liées au VIH, en premier lieu la tuberculose. Si 50 % des adultes vivant le VIH sont des femmes, en 2013, 60 % de tous les nouveaux cas d'infection par le VIH constatés chez les jeunes touchaient les adolescentes et les jeunes femmes, soit près de 1000 jeunes femmes nouvellement infectées chaque jour. 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 (infections, accidents d'exposition au sang, 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).

• **Environ la moitié des personnes ayant découvert leur séropositivité en 2011 sont nées en France et un tiers en Afrique subsaharienne,** principalement au Cameroun,

en Côte d'Ivoire, au Congo Brazzaville, en Guinée, en République démocratique du Congo et au Mali. La majorité des femmes (60 %) sont nées en Afrique subsaharienne. Le diagnostic tardif concerne principalement les personnes de 50 ans et plus et les hommes hétérosexuels, nés en France ou à l'étranger. Les hommes et les femmes né(e)s à l'étranger sont davantage concerné(e)s par un diagnostic tardif. Rapporté à la population française, le nombre de diagnostics de sida en 2011 est de 21 cas par million d'habitants. Ce taux est nettement plus élevé en Guyane (216), en Guadeloupe (87) et en Île de France (41). Parmi les personnes diagnostiquées en 2011, 35 % sont domiciliées en Île de France.

Pour en savoir plus sur l'épidémiologie de l'infection à VIH en France : **Institut de veille sanitaine (InVS), www.invs.sante.fr**

• La proportion des migrants/étrangers dans l'épidémiologie du VIH en France et en Europe traduit en partie 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, 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, p. 8).* 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 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 pour 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 des rapports sexuels avec une personne de même sexe 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 Mariages forcés, p. 385*) 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. 38),* qui ne donnent pas non plus lieu à des interprétations univoques en matière de prévention du VIH. La circoncision réduit le risque d'infection à VIH, mais elle confère seulement une protection partielle. Les hommes circoncis ne sont pas pour autant immunisés contre le virus. Il ne faut donc pas faire la promotion de cette intervention de manière isolée, mais en complément d'autres méthodes de réduction du risque : rapports sexuels protégés, diminution du nombre des partenaires sexuels, utilisation correcte et régulière des préservatifs. 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 peuvent favoriser 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 *(voir p. 16)* ;

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. : 07 82 66 60 47 www.actupparis.org
• Aides, Tél. : 0805 160 011 (gratuit depuis un poste fixe)
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
• Ikambere, La maison accueillante, Tél. : 01 48 20 82 60
Fax : 01 42 43 69 92, www.ikambere.com
• 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 qui déterminent 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 *(voir p. 16)* 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) ;

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.

plusieurs études ont démontré l'efficacité du TRUVADA® (dci : emtricitabine 200 mg, tenofovir disoproxil fumarate 245 mg) dans la prévention de la transmission du VIH chez les hommes ayant des relations avec des hommes.

• 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, tchétchène, ukrainien et wolof.

Disponible auprès de l'Inpes, www.inpes.sante.fr

• D'autres avantages des préservatifs masculins sont utilement présentés :

il est le moyen plus efficace, tout comme le préservatif féminin, 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 ; 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.

ATTENTION

Ne jamais utiliser deux préservatifs en même temps, y compris féminin et masculin.

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 utilisées 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

• Au regard des données de dépistage tardif et afin de faire bénéficier les populations migrantes des avancées thérapeutiques, les discours de prévention auprès de ces populations doivent inclure une incitation au dépistage. 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. Le TROD est également réalisé par des associations dans une stratégie « d'aller vers » les populations (outreach), l'enjeu actuel étant celui des tests combinés VIH VHB VHC à venir.

• **L'autotest** est un test de dépistage dans lequel le prélèvement, la lecture et l'interprétation sont réalisés par la personne

elle même. Le 22 mars 2013, le Conseil national du sida (CNS) a rendu un avis favorable à sa mise sur le marché français, l'autotest n'étant pas encore commercialisé fin 2014.

• 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 (CegiDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des IST), et en expérimentant des structures de type « centres de santé sexuelle ». Il est possible de réaliser un dépistage gratuitement dans les CEPF, les PMI. 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 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 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 (TasP, *traitement as 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. 437);*

le traitement de la primo infection aigüe, période où la personne a une charge virale très élevée ;

le traitement précoce des personnes infectées.

L'efficacité du traitement comme prévention a été démontrée dans des situations à risque.

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 (épidémie 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. 420

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/mm^3 par an, avec d'importantes variations individuelles. En dessous de 350 CD4/mm^3, 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 accru 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 des adaptations du traitement tenant compte de l'évolution de l'infection (résistances virale, effets secondaires, co morbidités).

• 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. Le traitement est discuté aujourd'hui dès l'infection confirmée ; à fortiori quand le nombre de lymphocytes CD4 est < 500/mm^3. 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. 509)* est prépondérante chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud Est. Elle peut se développer précocément (CD4 ≈ 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 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 (muguet, 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 cutanéo-muqueuses 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, voir p. 468).* 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. 429)

• 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...). Il est important d'évaluer l'isolement relationnel ainsi que les conséquences pour la personne (mode d'hébergement, discriminations...), et de rassurer sur le vivre ensemble (aucun risque pour partager un repas, toucher les enfants...).

• Désir d'enfant et assistance médicale à la procréation (AMP) « Alors, je ne pourrai plus avoir d'enfant ? » : la question

POUR EN SAVOIR PLUS

Rapport Morlat, Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, Recommandations du groupe d'experts, ministère de la Santé, CNS et ANRS, La Documentation française, 2013. Télécharger sur www.sante.gouv.fr

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 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.

Pour les coordonnées des centres d'AMP :
Sida Info Service 0800 840 800, et agence de biomédecine
www.agence biomedecine.fr,
À noter : il n'y a pas de centre prenant en charge ces couples dans les départements français d'Amérique (DFA).

• **Prévention du VIH** *(voir aussi p. 420).* 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, même si un traitement antiviral bien conduit avec une charge virale indétectable réduit la transmission du VIH de plus de 90 % par rapport à une population non traitée n'utilisant pas de préservatif, **le préservatif reste la méthode de référence pour protéger du VIH et de surcroit d'autres IST.**

• **Prévention des maladies opportunistes.** La prévention de la pneumocystose est justifiée lorsque les lymphocytes T CD4 sont inférieurs à 200/mm^3, et celle de la toxoplasmose lorsque la sérologie est positive et que les CD4 sont inférieurs à 100/mm^3. 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/mm^3 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. Un examen proctologique annuel est recommandé pour dépister les cancers du canal anal chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes.

Suivi médical et biologique
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Morlat_2013_Mise_en_ligne.pdf

- **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
  numération des populations lymphocytaires T CD4/CD8, dosage de l'ARN VIH plasmatique (charge virale), test génotypique de résistance du VIH (transcriptase inverse, protéase) et détermination du sous type VIH 1, recherche du groupage HLA B*5701, hémogramme avec plaquettes, transaminases, γGT, phosphatases alcalines, bilirubine totale et conjuguée, créatininémie et estimation du DFG, glycémie à jeun, phosphorémie, bilan lipidique à jeun (cholestérol total, triglycérides, LDL et HDL), recherche d'une protéinurie (bandelette urinaire) ou dosage du rapport protéinurie/créatininurie, marqueurs du VHB (Ag HBs, Ac anti HBs et Ac anti HBc), sérologie dU VHC, sérologie de l'hépatite virale A (IgG), sérologie de la syphilis (TPHA, VDRL), sérologie de la toxoplasmose, sérologie CMV, test IGRA (Quantiféron ou T spot TB) pour le dépistage de la tuberculose latente ;
  si CD4 < 200/mm^3 ou personne provenant d'une zone d'endémie tuberculeuse : radiographie thoracique ;
  si CD4 < 100/mm^3 : dosage de l'antigène cryptoccoque, de la PCR CMV et réalisation d'un fond d'œil (si sérologie CMV positive) ;
  chez les femmes n'ayant pas eu de bilan dans l'année, une consultation gynécologique avec réalisation d'un frottis cervicovaginal est recommandée ;
  chez les HSH et les PVVIH ayant des antécédents de lésions à HPV, une consultation proctologique sera proposée pour le dépistage des lésions précancéreuses de l'anus.
- **Bilan de surveillance :** le premier traitement ARV doit permettre de rendre la CV indétectable (< 50 copies ARN VIH/

mL) en 6 mois. Au cours des premiers mois de traitement, il convient de réaliser une mesure de la CV :
à M1, date à laquelle la charge virale plasmatique (CV) doit avoir baissé d'au moins 2 log copies/mL,
à M3, date à laquelle la CV doit être < 400 copies/mL,
à M6, date à laquelle la CV doit être < 50 copies/mL.
La non atteinte de ces objectifs intermédiaires nécessite de rechercher systématiquement une mauvaise observance, des interactions médicamenteuses, ou un sous dosage des ARV (notamment par dosage plasmatique de certaines classes de médicaments) et de corriger sans délai la cause identifiée.

Autres examens de surveillance :
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 Santé et sexualité, p. 331).* 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 14e semaine et au plus tard à la fin du 2e trimestre (26 semaines) ou plus tôt si la charge virale est élevée ou si il y a un risque d'accouchement prématuré. Les trithérapies recommandées comprennent l'association de deux inhibiteurs nucléosidiques et d'un inhibiteur de protéase boosté par le ritonavir. 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 d'attendre la certitude que l'enfant n'est 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 encontre.

• **Co-infection par les virus des hépatites** *(voir p. 451 et p. 460)*. 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 par le VIH. La complexité de la prise en charge requiert une équipe pluridisciplinaire.

• **VIH et nutrition** *(voir p. 350)*. Des carences nutritionnelles peuvent se produire précocement au cours d'une infection par le 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 protides ; un apport suffisant en glucides complexes ; beaucoup de fruits et légumes frais ; de « bonnes » matières grasses en quantité modérée (⅓ d'acides gras saturés, ⅓ d'acides gras mono insaturés et ⅓ 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/mm^3. 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/mm^3 ; et une augmentation transitoire de la charge virale est sans conséquence clinique péjorative *(voir Vaccinations, p. 355)*. Des schémas de vaccination

spécifiques sont recommandés chez les personnes immuno déprimées (HSCP 2013 et 2014). 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/mm³), 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 mm³) une fluoroquinolone orale à 1 cp/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 débuter le traitement antirétroviral ? Le rapport Morlat 2013 recommande d'instaurer un traitement ARV chez toute personne vivant avec le VIH, quel que soit son nombre de CD4, y compris s'il est supérieur à 500 CD4/mm³, pour améliorer la survie à l'infection et diminuer la progression vers le stade sida. D'autre part, un certain nombre d'arguments scientifiques associent une initiation précoce du traitement ARV quel que soit le nombre de CD4 à d'autres bénéfices cliniques (réduction des comorbidités associées à l'infection par le VIH) et immunologiques (réduction du risque de transmission du VIH). Le patient doit être informé de ces bénéfices.

• 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).

Rapport 2013, actualisation 2014, http://www.cns.sante.fr/spip.php?article512

La trithérapie de 1re ligne repose sur une association de 2 INTI et d'un 3e 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®, 1 cp/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®, 1 cp/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 3e antirétroviral d'une 1re trithérapie doit être de préférence :

un INNTI : l'efavirenz (EFV, Sustiva®, 1 cp/j.) ;
un IP potentialisé par une faible dose de ritonavir (100 à 200 g), soit IP/r : l'atanazir/r (Reyataz®), darunavir/r (Prezista®) ou lopinavir/r (Kaletra®).

• Complications des antirétroviraux :

le traitement antirétroviral doit faire rechercher des dyslipidémies, un syndrome métabolique, voire des lipodystrophies, ou anomalies de répartition des graisses ;

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 cardiopathie (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 insulinorésistance induite par les IP ;

anomalies fréquentes du métabolisme lipidique : 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) ;

complications hépatiques fréquentes et aggravées par la co infection par le VHC et/ou le VHB ;

complications osseuses (ostéonécrose ou ostéoporose) : elles doivent être prévenues par des apports alimentaires suffisants, particulièrement en calcium et en vitamine D ;

complications neurologiques (déficit neurocognitif, trouble neurocognitif léger) : elles peuvent survenir même dans le cadre d'un traitement efficace. Elles sont plus fréquentes chez les patients âgés de plus de 50 ans ;

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 lipido glucidique 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 ;

suivi ultérieur : quand la charge virale est indétectable, le suivi médical trimestriel la 1re 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.

Alcool : ouvrons le dialogue, Tabac : ouvrons le dialogue, Inpes

www.inpes.sante.fr

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. L'ETP commence avant le démarrage du traitement par le patient. Les consultations 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.

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. 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. 170)*, de logement ou de régularisation administrative *(voir Droit au séjour pour raison médicale, p. 39)*.

• **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

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/EPProtocoleSoinLoDef 2.pdf

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 de 1 an ou un récépissé de renouvellement). 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.

ASPECTS MÉDICO-JURIDIQUES ET DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 312)

• 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 Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20).*

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*

ATTENTION

Le « 100 % » (ALD 30) 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. Pour les personnes démunies, la complémentaire CMU doit être obtenue en procédure d'admission immédiate et l'AME en instruction prioritaire. Les permanences d'accès aux soins de santé ***(PASS, voir p. 175)*** doivent permettre de pallier les délais de carence de l'AME ***(voir p. 241)***.

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 et des associations de l'ODSE (voir Rapports annuels du Comede sur www.comede.org), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades sont en diminution depuis 2011, les refus étant principalement liés à la contestation du risque d'exclusion des soins nécessaires dans le pays d'origine. Parmi 82 réponses documentées entre 2004 et 2013, le taux d'accord est de 94 %. En cas d'avis défavorable du médecin de l'ARS, il est recommandé d'alerter 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. 64)*.

ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE VIH : LES COREVIH

Sida, le guide des droits sociaux, Act Up-Paris
www.actupparis.org

• 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. 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 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. 420, et Hépatite B, p. 451

Dépistage du VIH et des IST, Repères pour votre pratique, Inpes

www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/829.pdf

• **La chlamydiose *(Chlamydia trachomatis, CT)* est l'infection la plus fréquente chez les jeunes,** particulièrement chez les femmes, avec risque de stérilité tubaire (1re 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 (1 g par voie orale en dose unique) ou la doxycicline (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

La fusion CIDDIST CDAG prévue dans la nouvelle loi de santé publique 2015 débouche sur un « centre d'information, de dépistage et de diagnostic gratuit ». Ce centre assure la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés, également la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement ambulatoire des infections sexuellement transmissibles et la prévention des autres risques liés à la sexualité, notamment par la prescription d'une contraception. Le centre assure une prise en charge anonyme ou non selon le choix exprimé par l'usager au moment de son accueil. En cas de nécessité thérapeutique ou à la demande de l'usager, le médecin peut, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la Santé, procéder à la levée de l'anonymat initialement choisi par l'usager, sous réserve du consentement exprès, libre et éclairé de ce dernier.

pouvoir cancérigène 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 ; anuscopie) 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 gonorrhoeæ* 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 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 cutanéo muqueuse justifie la prescription d'une sérologie de la syphilis dont les lésions peuvent simuler une autre maladie. Le dépistage est obligatoire lors du 1er 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.

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

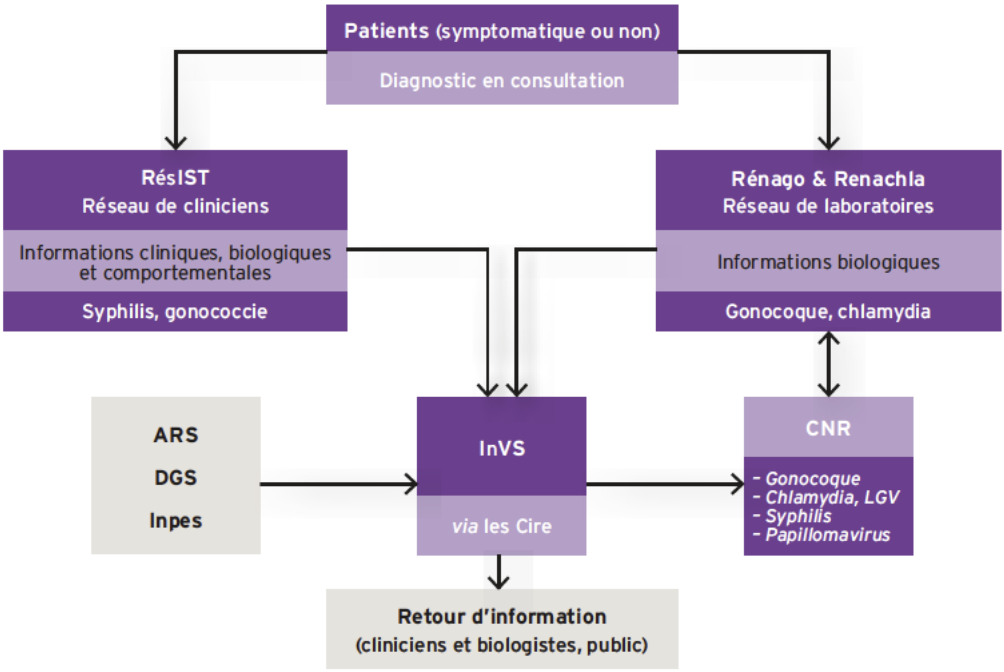
InVS, www.invs.sante.fr/Dossiers thematiques/Maladies infectieuses/VIH sida IST

Comede, *Migrants et infections sexuellement transmissibles,* Maux d'exil n° 39, mars 2013

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 cutanéo-muqueuse (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 1 mg/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) cardio-vasculaire (aortite)	Plusieurs années après le contage (10 ans ou plus)	Rare depuis les traitements antibiotiques

Les sérologies de la syphilis sont spécifiques (TPHA et FTA abs) ou non spécifiques, réaginiques (VDRL). Une sérologie de la syphilis doit légalement comporter un test spécifique (TPHA) et un test réaginique (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 270 000 en 2004 (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** 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 périnatale, au sein de la famille ou de certaines collectivités (enfants), sanguine (matériel médical mal stérilisé, partage de brosse à dents ou de rasoir, tatouages, piercing, transfusions, hémodialyse) et sexuelle (augmentée par les partenaires multiples, les autres IST).

CLINIQUE, BIOLOGIE ET MORPHOLOGIE

• **Hépatite B aiguë :** après une durée moyenne d'incubation de 11 semaines (4 28), l'hépatite aiguë est généralement asymptomatique dans 90 % des cas ou évoque une virose banale (fatigue, nausées, douleurs musculaires et articulaires). Dans 10 % des cas, ces signes sont suivis d'un ictère avec augmentation des transaminases (ALAT). Diagnostic : Antigène HBs positif, AgHBe positif, présence d'ADN viral (charge virale) puis Anticorps HBc de type IgM positif. Dans 9 cas sur 10, on observe une 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, la présence de ces derniers indicateurs signe la guérison spontanée définitive. 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+, et ADN viral > 20 000 UI/mL, mais il n'existe pas de signes de souffrance

hépatique significative. Les transaminases (ALAT) et l'échographie sont normales. Aucun traitement n'est indiqué, mais si cette phase se prolonge, le risque de cancer du foie est accru. Dans tous les cas, 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 selon les régions d'endémie. 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 ou faible, 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). Cependant, à tout moment et 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 co infection 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 biologique (ALAT, ADN viral) 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 triple : prise en charge précoce de l'hépatite chronique, vaccination des sujets à risque qui n'ont jamais eu de contact avec le virus et dépistage et vaccination de l'entourage. 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 actualisé avec le rapport 2014, 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 ayant des antécédents d'usage 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.
Les études épidémiologiques ont permis de conclure que le vaccin ne favorise pas l'apparition d'affections neurologiques démyélinisantes comme cela avait été suspecté en 1997.

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, γGT, PAL, TP, électophorèse des protéines, αfœtoprotéine, 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®, Fibromètre®, 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 de prévenir l'évolution vers la cirrhose et/ou le carcinome en diminuant ou en interrompant la réplication virale de manière prolongée. En termes de santé publique, le traitement permet de réduire le nombre de porteurs et le risque de transmission.

Score Métavir	Activité	absente A0	minime A1	modérée A2	sévère A3	
	Fibrose	absente F0	minime F1	modérée F2	sévère F3	cirrhose F4

• Comment traiter ? Le choix existe entre :
des traitements par injections sous cutanées d'Interféron α2a (Roferon-A®), d'Interféron 2b (Viraferon® ou Introna®) ou, le plus souvent actuellement, de PegInterféron α2a 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 ;
– et/ou l'utilisation de traitements par voie orale : des analogues nucléosidiques (lamivudine/Zeffix®, telbivudine/Sebivo® ou entécavir/Baraclude®) ou des analogues nucléotidiques (adéfovir/Hepsera® ou ténofovir/Viread®). En monothérapie, le ténofovir et l'entécavir ont particulièrement démontré leur efficacité sur la virosuppression avec une excellente tolérance et un moindre risque d'induction de résistance. Ces traitements développés en monothérapie peuvent être utilisés en combinaison d'analogues nucléosidiques. L'objectif principal de ces traitements est l'amélioration de la qualité de vie des patients infectés par le VHB en prévenant l'apparition des complications (cirrhose et/ou carcinome). La réponse au traitement est jugée favorable par l'observation de plusieurs critères : un maintien durable de la virosuppression (négativation de l'ADN viral), une amélioration des paramètres biochimiques (normalisation des transaminases : ASAT, ALAT), sérologiques (perte de l'AgHbe si positif en début de traitement avec apparition des Ac anti Hbe) et histologiques (régression de la fibrose hépatique). Si la virosuppression est actuellement obtenue de façon durable dans 60 à 80 % des cas tant que le traitement est poursuivi, la guérison, confirmée par la perte de l'AgHBs et l'apparition des Ac anti HBs, reste un idéal non encore atteint (entre 0 et 7 % après un an de traitement).

• 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. 345)* 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.

• 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. 312)

• 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 Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20)* ;

• 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, www.hepatitesafrique.org/images/docs/consensus/declaration.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 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).*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Hépatites et infections à virus VHB et VHC chez les exilés,* Maux d'exil n° 29, mars 2010.

Dhumeaux D., Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et C, Rapport d'expert en partenariat avec l'AFEF et l'ANRS, 2014, http://www.hepatites.sn/images/stories/docs/compterendufinal.pdf

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.

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 vers 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.

En 2015, la disponibilité de nouvelles molécules antivirales à action directe entraîne une guérison virologique dans plus de 80 % des cas avec beaucoup moins d'effets secondaires et une prise simplifiée facilitant l'observance. Ce traitement devrait pouvoir bénéficier à l'ensemble des personnes infectées de façon à faire régresser, voire disparaître, l'épidémie en France d'ici 2025 et empêcher la survenue de complications chez les personnes ayant reçu un traitement précoce.

ÉPIDÉMIOLOGIE

• **La prévalence estimée de l'infection par le VHC est en 2004 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,** les taux de prévalence les plus élevés de l'infection chronique à VHC sont retrouvés 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). Le taux de prévalence progresse avec l'âge, maximal chez les plus de 60 ans.

• 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 : antécédents d'actes invasifs (endoscopie avec biopsie) compte tenu des risques alors incomplètement maîtrisés (désinfection et stérilisation insuffisantes) ;

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 : piercing, tatouage, scarifications, soins invasifs traditionnels, 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 amino transférase, 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 qualitative de l'ARN 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 minimes 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 minimes 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 sont prises en charge par l'assurance maladie : tests sanguins 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 minimes (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 positivement corrélée avec son degré de fibrose. 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 hépato cellulaire 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 des 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.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Bilan hépatite C : VHC+

↓

- protection maladie indispensable (admission immédiate CMU-C, instruction prioritaire AME)
- PCR, ALAT, γGT, PAL, TP, ferritine, γglobulines, α-fœtoproteine, NFS-plaquettes + échographie hépatique

PCR - ↓

Guérison

PCR + ↓

En médecine générale :
- Génotype
- ALAT/2 mois pendant 6 mois
- puis suivi/3 mois avec ALAT

Avec le médecin spécialiste :
- discussion en vue de traitement
- évaluation de la fibrose

• **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 METAVIR > A1 et > F1 à la PBH), mais aussi du génotype viral, du statut vis à vis d'un traitement préalable (patients naïfs, rechuteurs ou non répondeurs) et de facteurs environnementaux et sociaux :

Score METAVIR						
	Activité	absente A0	minime A1	modérée A2	sévère A3	
	Fibrose	absente F0	minime F1	modérée F2	sévère F3	cirrhose F4

• La mise à disposition fin 2014 d'une nouvelle génération d'antiviraux d'action directe (AAD), beaucoup plus efficaces, mieux tolérés et permettant une durée de traitement plus courte ont profondément remis en cause les schémas thérapeutiques existants. Aussi le traitement des hépatites virales C évolue quotidiennement. Dans un rapport de juin 2014, le collège de la HAS a émis des recommandations sur la prise en charge de l'hépatite C par les médicaments antiviraux à action directe (AAD). Concernant les indications du traitement, ce rapport ne suit que partiellement les recommandations du rapport d'experts 2014 *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et C* du Pr Dhumeaux, en partenariat avec l'Afef et l'ANRS.

• Les indications du traitement retenues par le rapport d'experts 2014 ***(Rapport Dhumeaux, p. 221-222)*** **concernent :**

les patients ayant un score de fibrose > ou à F2 (sachant de plus que, dans l'évaluation des F2, peuvent figurer des F3) ;

quel que soit le degré de fibrose : les patients ayant des **manifestations extra-hépatiques**, les patients en **attente de transplantation** d'organe, les femmes ayant un **désir de grossesse**, les **usagers de drogue** et les **personnes détenues.**

Le traitement des patients aux stades de fibrose F0 et F1 n'est pas immédiatement justifié dans l'attente de nouvelles associations thérapeutiques encore plus efficaces et comportant moins d'effets secondaires. La décision de traiter un patient souffrant d'une hépatite chronique C implique donc l'intervention d'une équipe spécialisée pluridisciplinaire (suivi conjoint spécialistes et généraliste, éducation thérapeutique, accompagnement social et juridique). Le rapport d'experts 2014 rappelle que les situations de vulnérabilité (pas encore de protection maladie, hébergement instable, statut administratif précaire voire irrégulier, pas de maîtrise de la langue française, isolement relationnel…) ne doivent pas entraîner un retard dans les soins (chapitre 18). Tout au contraire, ces publics doivent pouvoir s'inscrire dans le système de soins et être assistés à travers un accompagnement pluridisciplinaire en réseau.

• Comment traiter ? Les nouveaux médicaments antiviraux à action directe (AAD) disponibles en 2014, dont l'utilisation doit se faire dans le cadre de leur indication d'autorisation temporaires d'utilisation (ATU), ou de leur autorisation de mise sur le marché (AMM), sont les inhibiteurs de NS5B (sofosbuvir, dasabuvir), les inhibiteurs de NS5A (daclatasvir, ledipasvir et ombitasvir) et des inhibiteurs de protéases (simeprevir, ABT 450/ritonavir). Les protocoles thérapeutiques actuellement proposés

reposent sur l'association de Sofosbuvir et d'une de ces molécules ou de l'association de Sofosbuvir et des médicaments « classiquement » utilisés contre le virus de l'hépatite C (Ribavirine et/ou Interféron Pégylé selon le génotype viral) pour des durées comprises entre 12 et 24 semaines (contre 6 à 12 mois avec les traitements classiques).

• Traitement, pronostic et évaluation de la réponse virologique. Les chances de réussite du traitement sont essentiellement fonction de la gravité de l'atteinte hépatique initiale, des morbidités associées, de l'observance au traitement et des conditions sociales. Un certain nombre de recommandations spécifiques figurent dans le Rapport d'experts (p. 411 à 413), qui insistent sur la nécessité d'établir préalablement à tout traitement un diagnostic social précis qui servira de base aux réponses sanitaires et sociales. Comme pour toutes les pathologies, la décision thérapeutique doit respecter les principes déontologiques de protection de la santé *(voir p. 300)*.

• La réponse virologique soutenue (SVR), c'est-à-dire l'absence de virus dans le sang 12 à 24 semaines après l'arrêt du traitement, est obtenue dans plus de 90 % des cas. Elle est un peu moins importante (60 à 80 %) en cas de cirrhose, d'intolérance à l'interféron pégylé (quand il est indiqué), de co infection avec le VIH et chez les patients en attente de greffe. Si la cirrhose est décompensée (hémorragie digestive, ascite, syndrome hépatorénal, encéphalopathie), il faut discuter l'indication d'une greffe du foie.

• Surveillance médicale : la guérison virologique 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. Le développement de complications chez des personnes ayant une fibrose F3 F4 et les effets secondaires de certains traitements (interféron par exemple) impliquent un suivi à long terme.

• 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 rapports pendant les règles si la femme est porteuse du VHC. Le dépistage du ou de la 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. 312)

• **Un étranger « sans-papiers » souffrant d'une hépatite C chronique, traitée ou non, et ressortissant de pays dont le système de santé n'est pas en mesure d'assurer un traitement viral approprié et le suivi nécessaire remplit les critères médicaux de « régularisation ».** L'hépatite chronique C traitée peut être considérée comme guérie virologiquement 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), ONU/Sida 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 Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20);*

• 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 :

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, *When and in whom to initiate HCV therapy,* http://hcvguidelines.org, 2014

AFEF, *Traitement des hépatites virales C,* Avis d'experts n° 3, septembre 2014

Comede, *Nouveaux traitements du VHC : la bourse ou la vie ?,* Maux d'exil n° 45, déc. 2014 janv. 2015

Dhumeaux D., *Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B et C,* Rapport d'expert en partenariat avec l'AFEF et l'ANRS, 2014, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport Prise en charge Hepatites 2014.pdf

PATHOLOGIE COURANTE

S'il n'existe pas de pathologie spécifique des migrants ou de la précarité, certaines affections sont plus fréquentes parmi certains groupes de patient(e)s, en raison du contexte de vulnérabilité et/ou de l'épidémiologie du pays d'origine. Psycho-traumatismes, maladies infectieuses et maladies chroniques représentent la plupart des affections graves. Les premiers motifs de consultation en médecine générale sont cependant les céphalées, les douleurs ostéo-musculaires, et les symptômes dermatologiques, gynécologiques, digestifs, ORL ou ophtalmologiques. Les anomalies bénignes de la numération formule sanguine (hématologie) sont fréquentes. L'épilepsie sera évoquée dans cet article du fait des difficultés particulières qu'elle occasionne en situation de précarité.

Voir aussi Exil et santé, p. 8, Violence et santé, p. 368, et Bilan de santé, p. 325

SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES : CÉPHALÉES ET ÉPILEPSIE

Les céphalées de tension sont favorisées par les traumatismes psychiques, l'angoisse et les difficultés multiples dans un contexte d'exil, d'exclusion et de précarité.

Elles sont diffuses, d'intensité souvent modérée et sans signe d'accompagnement. L'écoute, le soutien ou la psychothérapie soulagent mieux que les médicaments, très souvent réclamés, mais peu ou pas efficaces, voire dangereux, quand les doses absorbées sont importantes

• **Les céphalées (« maux de tête ») constituent une plainte fréquente et récurrente.** Un entretien et un examen clinique rigoureux sont nécessaires pour éliminer une urgence. Ils permettent également d'éviter de prescrire des examens inutiles au diagnostic et des thérapeutiques inefficaces. Dans l'immense majorité des cas, on ne retrouve pas de cause organique (céphalées de tension, migraines). Malgré les antécédents souvent évoqués par les patients, les céphalées sont rarement révélatrices de lésions intracérébrales traumatiques anciennes. L'hypertension artérielle *(voir p. 499)*, les troubles de la vision, une otite, une sinusite ou une affection dentaire doivent être recherchés. Toute céphalée inhabituelle, sévère et d'installation rapide, se prolongeant plus d'une heure, est une indication à un examen d'imagerie cérébrale en urgence.

• L'épilepsie (mal comitial) est une maladie potentiellement grave sur le plan médical, et toujours handicapante sur le plan social. L'impossibilité de prévoir la survenue d'une crise est souvent responsable d'une souffrance psychique et rend difficile l'exercice de nombreux métiers. Le handicap causé par les formes graves de la maladie peuvent faire envisager une reconnaissance par la Maison départementale pour personnes handicapées (MDPH). Il s'agit par ailleurs d'un motif de prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie dans le cadre de l'ALD 30 (ALD n° 9). Parfois mal comprise et mal perçue par l'entourage, elle peut être source d'exclusion, notamment pour les personnes vivant en foyer collectif ou hébergées par des connaissances.

• L'épilepsie est dite « essentielle » quand aucune cause organique n'est trouvée (cas le plus fréquent) et débute dans ce cas le plus souvent dans l'enfance ou l'adolescence. Elle peut être également « secondaire » à un traumatisme crânien : immédiate (embarrure, contusion, œdème cérébral), secondaire (hématome extra ou sous dural), ou tardive, après des mois, voire des années. Elle peut également révéler une tumeur intra crânienne ou apparaître au décours d'un accident vasculaire cérébral. Une intoxication alcoolique aiguë peut provoquer une crise épileptique isolée.

• Le traitement dépend à la fois de la forme de la maladie et de sa cause. Sauf cas particuliers, il s'agit chez les adultes d'un traitement à vie, qui doit faire l'objet d'une surveillance attentive du fait des effets secondaires des médicaments, et d'une réévaluation régulière. En cas de maladie grave et handicapante résistante aux traitements médicamenteux, les alternatives reposent sur la neurochirurgie ou l'électro stimulation. La prise en charge doit comprendre systématiquement des temps d'éducation thérapeutique incluant si possible l'entourage.

• Rapport médical pour le droit au séjour des étrangers malades *(voir p. 312)*. Les étrangers souffrant d'une épilepsie et bénéficiant d'un traitement de fond ou a fortiori nécessitant une intervention spécialisée et les ressortissants de pays dont le système de santé est particulièrement précaire remplissent les critères médicaux de régularisation.

Crises d'épilepsie

Les crises généralisées ont un début brutal sans signe annonciateur, avec perte de connaissance et chute, accompagné le plus souvent (mais pas toujours) d'une crise tonique (raideur) et clonique (convulsions, morsure de la langue, salive écumante, respiration rapide, émission involontaire d'urines) suivie d'un état de confusion transitoire et d'une amnésie totale de l'événement.

Les crises partielles peuvent être motrices (mouvements involontaires brusques), sensitives (fourmillements, engourdissement, gêne douloureuse), ou sensorielles (visuelle, auditive, olfactive).

SYMPTÔMES OSTÉO-MUSCULAIRES

• Les douleurs post-traumatiques sont fréquentes chez les patients ayant des antécédents de violence ou de torture. Elles se trouvent réactivées et/ou aggravées par le parcours d'exil et par la précarité et s'intègrent souvent à un syndrome psychotraumatique *(voir p. 397).* Il s'agit de douleurs ostéo articulaires, musculaires ou en regard de cicatrices, mal systématisées. Les bilans radiologiques lésionnels pratiqués en première intention sont souvent inutiles. L'accueil et l'écoute du patient, la pratique d'un bilan de santé, la délivrance d'un traitement antalgique simple et le cas échéant la reconnaissance des violences subies par l'établissement d'un certificat médical *(voir p. 308)* constituent des réponses essentielles et parfois suffisantes. Le recours à l'ostéopathe ou au kinésithérapeute peut être utile en cas de douleurs importantes.

• Le recours à la chirurgie dans ce contexte post-traumatique est indiqué lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable *(voir Violence et santé, p. 368).* L'examen peut retrouver des séquelles, cals vicieux de fracture, raideurs articulaires, arthrose, cicatrices chéloïdes, luxations invétérées... Le geste chirurgical doit être envisagé avec précaution, les arguments médicaux devant primer sur toute autre considération. Il est utile de faire appel si besoin à un interprète professionnel afin de préciser la nature réelle du bénéfice attendu par le patient (soins et/ou certificat) et de s'assurer de la bonne compréhension du traitement et de ses implications. En cas de demande de certificat par un patient demandeur d'asile *(voir p. 308),* le chirurgien doit appliquer les mêmes principes d'évaluation et de rédaction éventuelle que le médecin traitant. Les examens complémentaires ne sont utiles que s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique.

SYMPTÔMES CUTANÉS (DERMATOLOGIE)

• Très fréquent, le prurit *sine materia* (démangeaison sans signe cutané) associé à une xérose (peau sèche) est généralement provoqué par les modifications environnementales (froid et air moins humide), par l'eau calcaire (apparition du prurit après la douche), ou par l'utilisation de produits irritants (détergents), et soulagé par des traitements hydratants simples (DEXERYL® crème, remboursée par l'assurance maladie). Le diagnostic doit en être posé après

élimination des autres causes de prurit (dermatose infectieuse, hyperéosinophilie dans un contexte de parasitose, affection hépatique, rénale…).

• **La gale** est une parasitose favorisée par des conditions de précarité et de promiscuité, mais qui peut cependant toucher l'ensemble de la population. Elle doit être évoquée devant un prurit généralisé à exacerbation vespérale ou nocturne, avec notion de contage de l'entourage (risque de transmission). Les lésions sont plus souvent non spécifiques (lésions de grattage et excoriations, lésions papulo urticariennes) que spécifiques (sillons, vésicules perlées, chancre scabieux de l'homme avec papules du gland).

• **Parmi les infections fongiques (mycoses) fréquentes, le pytiriasis versicolor** se manifeste par des taches pigmentées inversement à la pigmentation naturelle de la peau. Un climat chaud encourage leur profusion. Prédominantes sur le tronc, les lésions peuvent atteindre le cou et le visage sur peau noire. Le traitement repose sur le Ketoconazole®/Kétoderm® unidose : appliquer le contenu d'un tube sur tout le corps et le cuir chevelu, faire mousser le gel en insistant sur les zones atteintes, rincer après 5 minutes. Deuxième cure à 3 semaines et avant chaque exposition prolongée au soleil.

• **Acné et folliculites sont fréquentes,** souvent favorisées respectivement par l'usage d'huile et de produits cosmétiques gras sur les cheveux et le visage, d'une part, et le rasage au rasoir ou à la tondeuse, d'autre part. Il faut déconseiller les lavages multiples et décapants, les savons acides ou alcalins, les antiseptiques détergents. L'acné chéloïdienne de la nuque ou la pseudo folliculite de la barbe nécessitent de conseiller un arrêt du rasage et une coupe aux ciseaux. En cas d'acné cortisonée par utilisation intensive à visée esthétique (« crème blanchissante »), la suppression des corticoïdes doit être progressive, et associée à une antibiothérapie à large spectre (amoxicilline acide clavulanique). Il est essentiel de rappeler à cette occasion les nombreux autres effets secondaires graves de l'usage intensif de crèmes à base de corticoïdes.

• **Les cicatrices chéloïdes** sont plus fréquentes sur les peaux très pigmentées. De causes diverses (traumatisme, brûlure, chirurgie, vaccin, dermatose), elles consistent en une production excessive de collagène lors de la cicatrisation, créant une lésion ferme et surélevée, parfois prurigineuse et souvent gênante, notamment sur le plan esthétique. En fonction de la gêne,

Le traitement et l'éradication de la gale sont rendus complexes par les conditions de vie des personnes en situation précaire.

Les cas groupés, notamment en habitat collectif, font l'objet de recommandations éditées par le HCSP (nov. 2012). Le traitement de la forme bénigne repose sur l'ivermectine (Stromectol® 3mg, 200 µg/kg en 1 prise, soit 4 cp pour 60 kgs), plus simple d'utilisation que l'application d'Ascabiol® (non pris en charge par l'assurance maladie, s'adresser si besoin à la PASS de l'hôpital public, ***voir p. 175***) et doit être associé à une désinfection des vêtements et des draps (sac plastique fermé 5 jours ou 48 heures avec un produit « insectes rampants » ou lavage à 60 °). Le prurit peut persister 10 à 15 jours et est souvent peu sensible aux anti histaminiques.

Une peau noire peut rendre moins aisés les diagnostics pour les médecins généralistes, justifiant souvent le recours au dermatologue.

…/…

.../...
Parmi les phénomènes non pathologiques une pigmentation inhomogène peut survenir par manque de soleil et débronzage en France (cou noir, front noir, menton noir et centre du visage plus clair). De même, des zones de dépigmentation ou d'hyperpigmentation apparaissent fréquemment après un processus inflammatoire, en raison notamment d'une plus grande activité des mélanocytes.

de nombreux traitements sont envisageables. En raison du risque de dépigmentation, les dermocorticoïdes doivent être limités aux cas de cicatrice douloureuse. Devant un préjudice esthétique important, la réduction chirurgicale complétée par la radiothérapie est efficace dans la moitié des cas.

SYMPTÔMES DIGESTIFS (GASTRO-ENTÉROLOGIE)

• Lors des premiers temps de l'exil, les plaintes relatives à l'appareil digestif sont nombreuses. Un interrogatoire soigneux, avec l'aide d'un interprète si besoin, un examen clinique rigoureux et un bilan de santé adapté *(voir p. 325)* permettent d'orienter le diagnostic.

• Les douleurs épigastriques (estomac) non calmées par les règles hygiéno diététiques (éviter anti inflammatoires, alcool et tabac) ou un traitement antiacide (hydroxyde d'aluminium) et qui ne sont pas d'origine parasitaire (anguillulose notamment) justifient un examen endoscopique à la recherche d'une gastrite ou d'une pathologie ulcéreuse gastrique ou duodénale.
Le traitement de l'ulcère gastroduodénal associe un inhibiteur de la pompe à protons (oméprazole 20 mg/j x4s) et un traitement de l'infection associée à *Helicobacter pylori* si elle a été découverte à la biopsie (amoxicilline 1,5 g/j x7j et clarithromycine 1 g/j x7j).

• Le reflux gastro-œsophagien provoque des douleurs épigastriques et rétrosternales irradiant dans la gorge, plus fréquentes durant la nuit. Il est favorisé par le stress, les boissons gazeuses, le thé, l'alcool, le tabac, le café ou le chocolat. L'utilisation des gels antireflux (Gaviscon®) est souvent suffisante, l'oméprazole (20 mg/j) pouvant être utilisé en cas d'augmentation de la fréquence des douleurs.

• Les rectorragies (émission de sang par l'anus) sont le plus souvent dues à des hémorroïdes ou à une parasitose. Un examen clinique est recommandé lors du premier épisode pour éliminer une cause plus grave. Les parasitoses pouvant entraîner une rectorragie sont l'amibiase à *Entamœba histolytica* ou la bilharziose intestinale à Schistosoma mansoni *(voir Parasitologie, p. 519).* Les hémorroïdes proviennent de la dilatation de petits vaisseaux de l'anus. Le traitement repose d'abord sur le traitement de la constipation, souvent en cause, associé en cas de crise à un antalgique de type paracétamol

Les troubles fonctionnels intestinaux (douleurs et/ou constipation) sont très fréquents et source d'inquiétude malgré la bénignité de la plupart d'entre eux. Les explications représentent une part importante du traitement. Les règles hygiéno diététiques (boissons non sucrées, abondantes, exercice, nourriture variée et équilibrée) sont efficaces, mais parfois difficiles à mettre en pratique pour des personnes sans ou avec peu de ressources et sans hébergement stable. On peut proposer un traitement
.../...

ou ibuprofène. Les pommades et veinotoniques (non pris en charge par l'Assurance maladie) n'ont pas montré d'efficacité notable.

ANOMALIES DE LA NUMÉRATION FORMULE SANGUINE (NFS, HÉMATOLOGIE)

• Les anémies chroniques sont habituellement bien tolérées, asymptomatiques, et découvertes lors du bilan de santé *(voir Bilan de santé, p. 325).* Elles sont fréquentes chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans originaires d'Asie du Sud Est et d'Afrique et essentiellement liées à une carence en fer et/ou en acide folique. Elles sont favorisées par la consommation d'argile (*mabele* en lingala), notamment parmi les femmes originaires d'Afrique centrale. Il est recommandé de réaliser une NFS et une ferritinémie chez toute femme africaine enceinte dès le début de la grossesse. La prise éventuelle de *mabele* doit être interrompue. Les fibromes utérins représentent une autre cause très fréquente d'anémie chronique, en particulier chez les femmes originaires d'Afrique et des Antilles.

• En cas d'anémie sévère (Hb < 10 g/dl, retentissement clinique avec fatigue, pâleur, tachycardie), des examens complémentaires seront pratiqués : numération des réticulocytes, ferritinémie, électrophorèse de l'hémoglobine *(voir Drépanocytose, p. 491),* CRP, et examen parasitologique des selles à la recherche d'une ankylostomose (vers hématophages, *voir Parasitologie, p. 519).* La recherche du paludisme doit être effectuée en cas d'anémie et de syndrome fébrile chez un patient arrivé récemment d'une zone d'endémie (goutte épaisse + frottis mince). En cas d'anémie du jeune enfant, il faut penser systématiquement à rechercher un risque d'exposition au plomb *(voir Saturnisme, guide 2013).*

• Les hyperéosinophilies sont fréquentes, principalement dues à des helminthoses, particulièrement ankylostomose, anguillulose et bilharzioses *(voir Parasitologie, p. 519),* et se normalisent en plusieurs mois après traitement.

.../...
antispasmodique (pinavérium ou huile essentielle de menthe poivrée) ou en cas de constipation un laxatif osmotique (lactulose 1 à 2 sachets/j) ou un mucilage (SPAGULAX® 1 à 3 cac/jour).

Anémie :
taux d'hémoglobine < 13 g/dl chez l'homme, < 12 g/dl chez la femme.

Hyperéosinophilie :
taux de polynucléaires éosinophiles > 500/mm³

Neutropénie :
les inversions de formule leucocytaire sont fréquentes chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et correspondent à des neutropénies modérées. Elles ne nécessitent ni traitement, ni exploration au dessus d'un nombre absolu de 500 polynucléaires neutrophiles/mm³.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

Prescrire, Revue mensuelle indépendante traitant de l'actualité des maladies et des traitements, www.prescrire.org

SYMPTÔMES ORL ET OPHTALMOLOGIQUES

• Les exilés victimes de violences ou de torture souffrent fréquemment de troubles de l'acuité auditive, de rupture ou de perforation tympanique provoqués par des traumatismes sonores et par des coups directs sur les oreilles ou le crâne. Les conséquences des troubles de l'audition, voire de la surdité, sont aggravées dans le pays d'accueil en raison de la barrière de la langue. La réparation d'une perforation tympanique par tympanoplastie peut restaurer l'acuité auditive. Les prothèses auditives sont prises en charge, après entente préalable, par la complémentaire CMU, mais pas par l'AME.

• Les violences et la torture ont parfois pour conséquences des pathologies traumatiques de l'œil. L'exposition répétée à une lumière violente ou l'incarcération prolongée dans l'obscurité totale provoquent des troubles (larmoiements, picotements, sensation d'éblouissement) réversibles avec le temps. Les plaies de l'œil et des paupières, le décollement traumatique de la rétine, le glaucome posttraumatique, plus ou moins anciens, impliquent un avis spécialisé parfois dans les plus brefs délais afin de prévenir une cécité définitive. En cas d'énucléation posttraumatique, l'obtention d'une prothèse oculaire, prise en charge par la complémentaire CMU, est précieuse sur les plans esthétique et psychologique.

• Le ptérygion, membrane qui se développe au niveau de la conjonctive, est une lésion bénigne. On le retrouve plus fréquemment chez les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et d'Asie. Il est justifié d'opérer en milieu spécialisé lorsque le ptérygion déborde sur la cornée ou occasionne une gêne importante, en informant le patient du risque de récidive.

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,** les prévalences les plus élevées de l'asthme persistant sont retrouvées pour les personnes originaires d'Afrique de l'Ouest (femmes 16 ‰,

hommes 31), notamment Mali et Mauritanie, d'Afrique du Nord (femmes 9, hommes 38) et des Caraïbes (femmes 31, hommes 13). Par classe d'âge, les taux de prévalence sont plus élevés après 35 ans, le taux étant de 37 ‰ 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, au petit matin, 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.

• **L'asthme aïgu grave (AAG) definit une 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.**

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.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

• **Protection maladie indispensable, demande de complémentaire-CMU en admission immédiate** *(voir p. 233)* **ou AME en instruction prioritaire** *(voir p. 255).* Soutien socio juridique et aide à la vie quotidienne. Vaccination *(voir p. 355)* 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 β2-mimétique d'action rapide, agissant en quelques minutes : salbutamol, 1 à 2 bouffées à 100 µg (sol/inh. flacon 200 doses, 5 €, R 65 %). À renouveler après quelques minutes en cas de persistance ± corticoïde oral : prednisolone 0,5 à 1 mg/kg/j. pendant 3 à 10 jours (Gé cp 20 mg x 20, 5 €, R 65 %).

• 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).

Traitement de l'AAG par β2-stimulants nébulisés, oxygène et corticoïdes :

répétition des inhalations de β2 stimulant, si possible à l'aide d'une chambre d'inhalation ;

oxygénothérapie et administration de β2 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.

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 débuter 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.**		

Le traitement doit ensuite être adapté en fonction du degré de contrôle de l'asthme qui 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 d'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 2 : Paramètres définissant le contrôle acceptable de l'asthme

Paramètres	Moyenne sur la période d'évaluation du contrôle
Symptômes diurnes	Moins de 4 jours par semaine
Symptômes nocturnes	Moins d'une nuit par semaine
Activité physique	Normale
Absentéisme professionnel ou scolaire	Aucun
Exacerbations	Légères ou peu fréquentes
Utilisation de β2-mimétique d'action rapide	Moins de 4 doses par semaine
DEP ou VEMS	> 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 (débimètre de pointe, RSS jusqu'à 23 €). Les normes dépendent de la taille, du sexe et de l'âge (environ 400 l/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 béclométasone)	**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. 345)*. 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 β2 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. 312)

• 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 β2 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 β2 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 2014 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. Dans le Global Asthma Report de 2011, 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 (voir Rapports annuels sur www.comede.org), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades sont en diminution depuis 2011, 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 131 réponses documentées entre 2004 et 2013, le taux d'accord est de 71 % avec de grandes variations selon les départements.

• 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 Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20)* et sur les résultats des études présentés dans le Global Asthma Report de 2014.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

Global Asthma Report 2014, 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

DIABÈTE

Le diabète est une maladie chronique évolutive qui sévit principalement dans les pays en développement. L'augmentation de sa prévalence et la gravité de ses complications justifient des mesures accrues de prévention et de dépistage dans la population. La prise en charge médicale du diabète repose sur des mesures hygiéno-diététiques et des médicaments, mais aussi sur l'éducation de la personne diabétique et l'accompagnement socio-juridique pour les migrants/étrangers en situation précaire.

DÉFINITION

Site de l'Association française des diabétiques :
www.afd.asso.fr

• **Le diabète est une hyperglycémie chronique.** La glycémie quantité de sucre dans le sang s'exprime en mmol/l ou en g/l (1 g/l 5,5 mmol/l). À l'état normal, la glycémie varie de 4 à 6 mmol/l, sans dépasser 6,1 mmol/l à jeun (à 8 heures) et 7,8 mmol/l après un repas. L'équilibre glycémique est notamment assuré par une hormone pancréatique, l'insuline, dont la sécrétion augmente après les repas (pics prandiaux). Il y a diabète lorsque :
- **glycémie à jeun ≥ 7 mmol/l**, résultat contrôlé par un 2e prélèvement ;
- **ou glycémie ≥ 11,1 mmol/l** à n'importe quelle heure, en présence de signes cliniques.

• **Il existe deux types de diabète.** Le diabète de type 1 (DT1) représente 10 à 15 % des cas. Dû à une carence de sécrétion de l'insuline par destruction auto immune des cellules β du pancréas, il survient chez des personnes jeunes et doit être traité par insuline. Le diabète de type 2 (DT2) représente 80 % à 85 % des cas. C'est une maladie à composante familiale qui se manifeste après 40 ans chez un sujet sédentaire en surpoids, ayant une baisse de la sécrétion et/ou de l'action de l'insuline. Le traitement repose sur l'équilibre de l'alimentation, l'exercice physique et des comprimés hypoglycémiants. L'insuline peut devenir nécessaire si l'équilibre n'est pas atteint ou si des complications surviennent.

ÉPIDÉMIOLOGIE

• **Dans le monde, l'OMS évaluait à 347 millions en 2013 le nombre de diabétiques** (taux de prévalence de 35 cas pour 1000 personnes), conduisant à 4 millions de décès et 1,5 million d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). En France, on estime le nombre de diabétiques traités à 2,9 millions (44 ‰) et à plus de 300 000 les personnes diabétiques non dépistées.

• **Parmi les exilés reçus au Comede,** les taux de prévalence sont plus élevés chez les personnes originaires d'Afrique du Nord (119 ‰), des Caraïbes (79 ‰) et d'Asie du sud (59 ‰). Les patients diabétiques d'Afrique centrale sont plus souvent hypertendus, et ceux d'Asie du Sud plus souvent dyslipidémiques. La précarité dans laquelle vivent ces personnes aggrave les difficultés de prise en charge de la maladie.

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

• **Le diabète de type 1 débute souvent brutalement,** avec polyurie, polydipsie (augmentation respective du volume d'urines et de boissons ingérées), amaigrissement, et glycémie > 11 mmol/l.

• **Le diabète de type 2 est cliniquement asymptomatique pendant plusieurs années.** Ce temps de latence est favorable au développement de complications souvent graves : macroangiopathies (75 % des diabétiques décèdent d'une complication cardiovasculaire, dont 50 % d'ischémie myocardique), rétinopathie (1re cause de cécité en Europe), néphropathie (1re cause de dialyse en Europe), pied diabétique (5 à 10 % des diabétiques sont amputés), neuropathie. Il existe le plus souvent un excès de graisse viscérale, ou abdominale, reflet de l'insulinorésistance et du risque de maladie cardiovasculaire. Le médecin doit penser au diabète devant une infection cutanée ou muqueuse récurrente, des douleurs inexpliquées des membres inférieurs, ou des troubles de l'érection.

BILAN ET SUIVI MÉDICAL

• **Examen clinique :**
calcul du poids normal, de la surcharge pondérale et de l'obésité à partir de l'indice de masse corporelle (IMC P/T²,

normal entre 18,5 et 25). Il y a surcharge pondérale si IMC > 25, obésité si IMC > 30 et obésité grave si IMC > 40. Le périmètre abdominal (plus de 102 cm chez l'homme, plus de 88 cm chez la femme) reflète l'obésité centrale ;

examen cardio vasculaire : tension artérielle [objectif TA ≤ 130/85, et ≤ 125/80 si néphropathie], auscultation, palpation des pouls, ECG (recherche d'une ischémie silencieuse) ;

examen ophtalmologique du fond d'œil (FO) à la recherche d'une rétinopathie ;

examen de la peau, des muqueuses, des réflexes ostéotendineux (ROT) et de la sensibilité ;

examen des pieds (sensibilité, cors, durillons, mycose, infection cutanée, crevasse).

L'Inpes propose des disques de calcul de l'IMC

http://www.inpes.sante.fr/professionnels sante/index.asp

• **Examens biologiques (protection maladie indispensable),** demande de complémentaire CMU en admission immédiate *(voir p. 233)* ou AME en instruction prioritaire *(voir p. 255) :*

la surveillance médicale du diabète repose sur le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c, normale entre 4 et 6 %), qui est le reflet de l'équilibre glycémique des 2 mois précédents. En cas d'anomalie de l'hémoglobine, la surveillance repose sur le dosage de la fructosamine. La glycémie n'a pas d'intérêt en dehors du dépistage ;

bilan lipidique : triglycérides (TG 0,4 1,5 g/l 0,4 1,7 mmol/l), cholestérol total (CT 1,5 2,5 g/l 3,9 6,5 mmol/l), cholestérol HDL (« bon cholestérol » > 0,40g/l 1,1 mmol/l) ;

créatininémie (7 13 mg/l 60 120 mmol/l) et clairance de la créatinine ;

protéinurie (bandelette urinaire) et microalbuminurie pour dépister une néphropathie.

En cas de DT1, surveillance de la glycémie capillaire mesurée au doigt

• **Le suivi médical doit être rapproché tant que l'équilibre glycémique n'est pas atteint,** puis intervient tous les 3 à 4 mois avec dosage de l'HbA1c (ou de la fructosamine), poids, TA, examen clinique, examen du carnet du diabétique. Surveillance annuelle : bilan lipidique, créatininémie, microalbuminurie, électrocardiogramme, fonds d'œil, réflexes ostéotendinaux et examen des pieds, dont examen au monofilament.

• **La prévention des complications repose sur la normalisation du taux de l'HbA1c** (une baisse de 1 % de l'HbA1c diminue de 20 % le risque de complication). Outre la surveillance et le suivi, les autres facteurs de risque cardio vasculaire doivent être traités :

traitement d'une hypertension artérielle *(voir p. 499)* associée avec prescription d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion en 1re intention ;

traitement des dyslipidémies par statine en cas d'hyper LDL cholestérolémie (isolée ou avec hypertriglycéridémie < 3 g/l) ou fenofibrate en cas d'hypertriglycéridémie > 3 g/l ;

l'aspirine à dose de 75 à 160 mg/j est recommandée en prévention primaire et secondaire pour les diabétiques hypertendus et/ou dyslipidémiques.

• La prise en charge du diabète repose en grande partie sur l'éducation de la personne et nécessite d'aborder son mode de vie (contexte social et administratif, alimentation, tabac, alcool, activités). La compréhension par le malade et son entourage de la maladie et du traitement favorise l'autonomie, l'observance et la baisse de l'incidence des complications. L'autocontrôle de la glycémie peut être effectué par un lecteur électronique, et la recherche de l'acétonurie par bandelette urinaire permet de dépister un déséquilibre. En cas de diabète de type 1, le carnet de surveillance quotidienne, avec les doses d'insuline, les mesures de la glycémie et de l'acétonurie, est un instrument indispensable au malade et au médecin.

TRAITEMENT HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUE

• Les mesures diététiques ont pour objectif de favoriser une alimentation équilibrée. Les besoins alimentaires énergétiques sont couverts par les glucides (sucres) et les lipides (graisses), et les besoins de construction sont couverts par les protides. Le diabète limite la réponse de l'organisme aux apports brutaux de glucides, c'est pourquoi il faut fractionner les apports en au moins 3 repas par jour. Les apports quotidiens doivent comporter 50 % de glucides, 35 % de lipides et 15 % de protides. Le nombre de calories est calculé en fonction du poids et de l'activité physique. En cas de surpoids, le régime doit être modérément hypocalorique (un amaigrissement de 10 % du poids a déjà une influence sur la glycémie et l'insulinorésistance).

• Conseils alimentaires

– **diminuer les graisses et l'alcool +++** ;

– **les protides** se trouvent dans les viandes, les poissons, les œufs, le lait et les légumes secs. Il vaut mieux choisir les viandes maigres, privilégier les poissons, boire du lait demi écrémé ;

– **les lipides :** limiter les acides gras saturés qui augmentent le LDL cholestérol (viandes grasses, beurre, laitages, fromage, œufs), conseiller les acides gras polyinsaturés (d'origine végétale, tels que huile de maïs, de soja, de tournesol,

POUR EN SAVOIR PLUS

www.cerin.org
et www.inpes.sante.fr

et d'origine animale tels que volailles, poissons gras) et surtout les acides gras mono insaturés (huile d'olive, d'arachide, de colza) ;
– **les glucides** sont principalement l'amidon (pain, pommes de terre, pâtes, riz), le saccharose (sucre de cuisine), le fructose (fruits) et le lactose (lait). Tous les glucides n'ont pas le même pouvoir hyperglycémiant, mesuré par l'index glycémique (effet hyperglycémiant global d'un aliment exprimé en pourcentage de celui d'une quantité isoglucidique de sucre ou de pain blanc). Il faut conseiller la consommation de glucides avec index glycémique faible et éviter de manger seul un glucide à index glycémique élevé (le manger en fin de repas ou accompagné d'un aliment qui va en ralentir la digestion, comme les légumes verts).

Index glycémique

☹ 70-100 %	😐 50-70 %	☺ < 50 %
glucose, sodas, pain blanc, biscottes, riz brun, pommes de terre, corn flakes	saccharose, riz blanc, semoule, betteraves, carottes, bananes, chocolat, glaces, miel	pâtes, pain aux céréales, pommes, oranges, raisin, haricots blancs, lentilles, lait, yaourt, fructose

L'exercice physique est recommandé dans tous les cas, car il contribue à la baisse de la glycémie et de l'insulinorésistance, favorise la normalisation du poids ainsi que le bien être physique et psychologique. En cas de DT1, l'autosurveillance du diabète doit être bien maîtrisée pour une adaptation des doses d'insuline afin d'éviter les malaises hypoglycémiques. En cas de DT2 pour un sujet sédentaire en surpoids, la reprise de l'activité physique doit être progressive, après s'être assuré qu'il n'y a pas de contre indication. Il faut tenir compte du contexte social afin de conseiller sans décourager (la marche favorise les économies de transport…). Exemple d'activité efficace : 2 heures de marche à bonne allure, 1 heure de vélo ou une demi heure de jogging 3 fois par semaine.

• L'arrêt de la consommation de tabac est hautement recommandé.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

• Le traitement du diabète de type 1 est l'insulinothérapie, qui consiste en plusieurs injections par jour. Il existe plusieurs types d'insulines selon leur durée d'action, toutes concentrées à 100 U/ml. Les insulines prémélangées contiennent une insuline d'action rapide et une d'action intermédiaire. Les injections peuvent se faire avec une seringue ou un stylo à usage unique ou réutilisable, dans le tissu sous cutané profond de l'abdomen, des bras, des cuisses ou du haut des fesses.

• Traitement du diabète de type 2. Le traitement initial repose sur les mesures hygiéno diététiques, l'efficacité devant être appréciée après les premiers mois. Une monothérapie est discutée si HbA1c > 6,5 % selon l'évaluation bénéfices inconvénients, et recommandée si HbA1c > 8 %.

les sulfamides hypoglycémiants (sulfonylurées tels glibenclamide, gliclazide, glimépiride et glipizide) et les glinides (telle la répaglinide) augmentent l'insulinosécrétion (risque d'hypoglycémie sévère) alors que les biguanides (metformine) diminuent l'insulinorésistance (meilleure tolérance digestive après le repas) ;

la metformine est recommandée en 1re intention, notamment en cas de surcharge pondérale ;

toujours débuter à doses faibles, à augmenter progressivement par paliers de 4 semaines ;

évaluer à 3 et 6 mois par le dosage de l'HbA1c (ou de la fructosamine). Si la monothérapie est insuffisante à dose optimale, prescrire une bithérapie associant la metformine à un sulfamide hypoglycémiant ou une glinide (ne pas associer 2 sulfamides hypoglycémiants). Si la bithérapie n'est pas suffisante à dose optimale, on peut rajouter un inhibiteur des alphaglucosidases (type acarbose) ou un incrétinomimétique (inhibiteurs de la DPP 4 ou gliptines et analogues du GLP1). Cette dernière classe fait l'objet d'études complémentaires en raison d'effets secondaires potentiellement très dangereux (notamment pancréatiques) et d'une faible efficacité sur la baisse de l'HbA1c. Enfin, en cas d'échec de la trithérapie, l'insulinothérapie sera envisagée à l'aide d'une équipe spécialisée.

PRÉVENTION PRIMAIRE ET DÉPISTAGE

• La prévention primaire du diabète a pour objectif d'améliorer l'état nutritionnel de la population afin

de diminuer l'incidence de l'obésité et des maladies métaboliques. Le Programme national nutrition santé *(voir PNNS, p. 351)* a défini 9 objectifs prioritaires : augmenter la consommation de fruits et légumes, de calcium, de glucides, et l'activité physique, diminuer les apports de graisses et d'alcool, réduire la cholestérolémie, la TA, le surpoids et l'obésité.

• **Le dépistage ciblé du diabète de type 2 est recommandé tous les 3 ans en cas d'âge supérieur à 45 ans et d'au moins 1 facteur de risque cardiovasculaire :** collatéraux du 1er degré de diabétiques, surpoids, hypertension artérielle, syndrome métabolique, insuffisance rénale, diabète gestationnel, et migrants non caucasiens *(voir Bilan de santé, p. 325).*

ÉDUCATION DES PATIENTS DIABÉTIQUES

• **Une consultation spécialisée d'éducation permet de compléter la prise en charge médicale.** Il est essentiel que les informations théoriques soient personnalisées à partir des situations concrètes que vit la personne. Pour les non francophones, la présence d'un interprète professionnel *(voir p. 16)* permet d'optimiser les échanges d'informations en vue d'aboutir à un savoir théorique et pratique. L'acceptation du diabète par le malade repose en effet en grande partie sur les possibilités de verbalisation du vécu, et le gain d'autonomie et d'autocontrôle de la maladie favorise l'intégration sociale.

• **Il n'y a pas de « petit diabète ».** Le bénéfice d'une prise en charge précoce, même lorsqu'il n'y a « pas encore de complications », est indéniable. Le traitement du diabète repose sur les règles hygiéno diététiques et, si nécessaire, les médicaments. Il est également indispensable de maîtriser une hypertension artérielle et/ou une dyslipidémie associée. Les objectifs de l'éducation thérapeutique portent ainsi sur l'équilibre de l'alimentation ; la maîtrise du poids ; l'activité physique ; l'arrêt du tabac ; enfin, l'observance du traitement.

• **Mise en œuvre de l'éducation du diabétique.** On ne peut apprendre son « métier de diabétique » en quelques minutes : l'information doit être conduite par étapes, dans une progression à la fois théorique et pratique, dans l'implication sur la vie quotidienne. L'expression dans la langue maternelle permet en outre de prendre en compte les représentations en matière de santé (« comme je ne travaille pas, je n'ai pas besoin d'un

petit déjeuner » ou « je me sens fatigué, j'arrête le traitement »). La personne doit connaître également les situations critiques (malaise hypoglycémique, plaie des pieds) et savoir comment y faire face. En obtenant des résultats plus visibles, la planification d'objectifs successifs (ex. : d'abord perdre un peu de poids, puis prendre un peu d'activité physique chaque jour, puis viser la diminution de l'hémoglobine A1c…) favorise l'adhésion de la personne et permet un contrôle plus efficace de la glycémie.

Voir les guides d'aide à l'action en éducation du patient diabétique de type 2,

http://www.inpes.sante.fr/professionnels sante/index.asp

• Les limites à la modification des comportements sont de plusieurs ordres : facteurs personnels (« je ne sens rien, je ne suis pas malade »), idées fausses sur le diabète (« on peut en guérir »), facteurs sociaux (« si je ne cuisine pas comme chez nous, ils vont me mettre à la porte »), liés à l'accès aux soins (« la pharmacie refuse l'aide médicale ») et à la précarité (« j'ai une plaie au pied car je suis dehors toute la journée en attendant le samu social », « je ne suis pas venu au rendez vous car je n'ai pas de ticket de métro »). Dans un contexte d'exil et d'exclusion, l'éducation du diabétique participe à une prise en charge nécessairement pluridisciplinaire du diabète. Pour ne pas laisser la personne dans son isolement psychologique et social, des entretiens réguliers doivent pouvoir être proposés.

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR P. 312)

• Un étranger « sans-papiers » diabétique traité par médicaments et ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne) remplit les critères médicaux de « régularisation ». L'accès aux médicaments et la possibilité d'un suivi médical régulier déterminent en effet la qualité de la prise en charge et permettent de prévenir les complications de moyen et de long terme.

• Dans l'observation du Comede *(voir Rapports annuels sur www.comede.org),* **les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades sont en diminution depuis 2011,** les refus étant principalement liés à la contestation

du risque d'exclusion des soins nécessaires dans le pays d'origine. Parmi 185 réponses documentées entre 2004 et 2013, le taux d'accord est de 73 %, avec de grandes variations selon les départements. Les rapports médicaux destinés au médecin de l'agence régionale de santé (ARS) et, en cas de recours contentieux, les certificats destinés au tribunal administratif doivent argumenter sur le risque d'exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale (degré de sévérité de la maladie, existence de complications et/ou d'autres facteurs de risque cardio vasculaire) ; ainsi que sur le risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine, apprécié notamment par les indicateurs de l'OMS relatifs au système de santé du pays d'origine *(voir Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20),* en particulier le pourcentage de la population ayant accès aux médicaments essentiels.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Comede, *Diabète, migration et précarité, une équation complexe,* Maux d'exil n° 21, 2007

European Society of Cardiology, *Guidelines on diabetes, prediabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the European Association for the study of Diabetes (EASD),* European Heart Journal, 34, 3035 3087, 2013

HAS, *Principes de dépistage du diabète de type 2,* février 2003, www.has sante.fr

HAS, *Stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2, recommandations pour la pratique clinique,* janvier 2013, www.has sante.fr

Santé Diabète, *Le diabète en chiffres,* www.santediabete.org

DRÉPANOCYTOSE

La drépanocytose est une maladie génétique caractérisée par la présence dans les globules rouges d'une hémoglobine anormale. Il s'agit d'une maladie aux conséquences aiguës et chroniques d'une extrême gravité. La prise en charge doit être précoce et globale. Les différences d'espérance de vie pour les personnes atteintes reflètent de façon dramatique les inégalités entre les systèmes de soins.

DÉFINITION

• L'hémoglobine (Hb) est une protéine dont la principale fonction est le transport de l'oxygène dans l'organisme. Elle est d'abord constituée chez le nouveau né de quatre chaînes identiques deux à deux : deux chaînes α et deux chaînes γ, qui constituent l'hémoglobine fœtale (HbF). Les chaînes γ sont ensuite remplacées dans les premiers mois par deux chaînes β, aboutissant à l'hémoglobine adulte (HbA).

• La drépanocytose (appelée aussi « anémie falciforme », ou *« sickle cell disease »* en anglais) est due à une mutation du gène régissant la synthèse des chaînes β. L'hémoglobine qui en résulte est appelée HbS. La transmission génétique est autosomale récessive. Ainsi, seules les personnes qui héritent de leurs deux parents du gène « S », dites « homozygotes » ou « SS », développent un syndrome drépanocytaire majeur (SDM). Celles qui n'héritent du gène que d'un seul parent, dites « hétérozygotes » ou « SA », ne développent pas de maladie mais peuvent la transmettre à leurs enfants. À noter qu'en dehors de la forme homozygote SS, deux autres types de SDM sont moins fréquemment rencontrés : SC et Sβ thalassémie.

• L'HbS a la particularité de se polymériser lorsqu'elle est désoxygénée, formant alors des fibres qui déforment les globules rouges et leur donnent un aspect en faucille. Plus fragiles, ils sont détruits plus rapidement, ce qui crée chez

les malades une anémie chronique par hémolyse. Également plus rigides, ils vont obstruer les capillaires, provoquant des ischémies responsables d'accidents vasculaires aigus et de la dégradation progressive de la fonction de nombreux organes.

• L'expression de la maladie est variable en fonction des individus et dans le temps pour chaque malade. Si seulement 15 % des personnes homozygotes vont développer une forme grave de la maladie, toutes sont exposées à la survenue brutale et imprévisible de complications aiguës pouvant engager le pronostic vital. Celui ci est particulièrement mis en jeu dans les cinq premières années (hormis les 3 à 6 premiers mois où l'HbF est encore majoritaire) par les risques de séquestration splénique aiguë, d'infections et d'accidents vasculaires cérébraux. Durant l'adolescence et l'âge adulte apparaissent les complications chroniques, atteignant tous les organes. La grossesse est un moment particulièrement sensible, du fait d'un risque plus élevé d'accidents vasculaires et de la gravité potentielle des atteintes pour la mère et pour l'enfant.

La mutation drépanocytaire s'est initialement développée dans les zones à forte endémie palustre, le paludisme étant moins sévère chez les sujets hétérozygotes. Cette pression sélective a conduit à une forte prévalence du gène dans ces zones et donc à une forte prévalence de couples à risque de descendance homozygote. Les principales régions concernées étaient l'Afrique subsaharienne (20 à 40 % de la population dans certaines régions), et le sud de l'Inde. La mutation a été dispersée progressivement par l'esclavage, puis les migrations. La drépanocytose a été reconnue par l'OMS en 2006 comme priorité de santé publique.

ÉPIDÉMIOLOGIE

• 312 000 enfants homozygotes seraient nés dans le monde en 2012, dont les trois quarts en Afrique subsaharienne, et 54 millions de personnes dans le monde seraient porteuses d'au moins un allèle S. Il s'agit de la maladie génétique la plus fréquente en France, où l'on estimait à environ 10 000 le nombre de personnes atteintes d'un syndrome drépanocytaire majeur (SDM) en 2010. En 2012, le dépistage à la naissance a permis de diagnostiquer un SDM chez 310 enfants en métropole (dont 60 % en Île de France) et 72 dans les DOM. Si en France, du fait de l'amélioration du dépistage, des traitements et de l'organisation de la prise en charge, l'âge moyen au décès a doublé en 20 ans, passant de 22 à 40 ans, en Afrique subsaharienne 50 % à 80 % des enfants qui naissent chaque année avec la drépanocytose meurent avant l'âge de cinq ans.

COMPLICATIONS AIGUËS

• Les crises douloureuses vaso-occlusives (CVO) sont les complications aiguës les plus fréquentes à tous les âges et le premier motif d'hospitalisation. Le plus souvent ostéo articulaires, elles peuvent atteindre tous les organes.

Les douleurs sont intenses, parfois intolérables. Les facteurs favorisants sont la déshydratation (apports d'eau insuffisant, fièvre), une hypoxémie locale (garrot, effort musculaire) ou générale (altitude, tabac, hypoventilation notamment par excès d'antalgiques morphiniques), le froid, un stress intense, des troubles hormonaux (en particulier durant la grossesse). Ils doivent être évités au maximum et donc bien connus de la personne et de son entourage.

Le traitement de la crise drépanocytaire vaso-occlusive associe celui de la douleur et celui de la cause qui l'a provoquée. Il doit débuter au domicile par des antalgiques de niveau I ou II. La cotation de la douleur fait partie de l'apprentissage. Toute crise sévère, résistante aux antalgiques ou accompagnée de fièvre ou de signes extra osseux doit amener à une hospitalisation rapide. Le recours aux morphiniques est alors justifié d'emblée, associé de façon systématique à une hydratation abondante et à un apport de folates. Un échange transfusionnel peut être proposé en cas de CVO grave ou persistante.

• **Le syndrome thoracique aigu** est une complication grave qui représente 25 % des causes de décès chez l'adulte. Associant une douleur thoracique à une symptomatologie pulmonaire et une fièvre, il peut entraîner de façon imprévisible une décompensation respiratoire. C'est une indication formelle à l'hospitalisation, et un transfert rapide en unité de soins intensifs doit pouvoir être envisagé. Il peut survenir spontanément chez le jeune enfant et plus souvent secondairement à une CVO chez l'adulte. À terme, sa répétition peut contribuer au développement d'une hypertension artérielle pulmonaire et d'une insuffisance respiratoire chronique.

• **La séquestration splénique** est une complication grave, fréquente chez le jeune enfant, avec majoration aiguë de l'anémie liée à une augmentation brutale du volume de la rate. Elle nécessite une hospitalisation et une transfusion en urgence, voire une splénectomie dans les formes graves. L'éducation des parents est essentielle, pour la palpation de la rate et la reconnaissance des signes d'anémie aiguë. D'autres causes d'aggravation de l'anémie sont fréquentes et potentiellement graves. Il peut s'agir le plus souvent d'une accentuation de l'hémolyse (provoquée par toute infection intercurrente et toute crise vaso occlusive), d'une érythroblastopénie secondaire à une infection par le parvovirus

L'anémie hémolytique chronique est présente dès l'enfance, avec un taux d'hémoglobine généralement compris entre 7 et 8 g/dl, ce taux de base étant propre à chaque malade. Les carences nutritionnelles, les parasitoses digestives, le paludisme, aggravent encore l'anémie. Elle est généralement relativement bien tolérée et il est dangereux de trop vouloir la corriger. Les éventuelles transfusions doivent avoir pour but de revenir au taux de base, qui doit être connu de la personne et des soignants.

B19, d'une carence aiguë en folates, d'une crise de paludisme, d'un accident transfusionnel secondaire à une allo immunisation, ou d'une nécrose médullaire étendue.

• **Les accidents vasculaires cérébraux** concernent 10 % des homozygotes et sont également plus fréquents chez l'enfant. Les anomalies de la circulation cérébrale doivent être dépistées régulièrement et tout symptôme neurologique central doit conduire en urgence à la réalisation d'une imagerie par IRM. Le traitement et la prévention de la récidive des accidents ischémiques reposent avant tout sur les échanges transfusionnels au long cours.

• **Le priapisme** consiste en une érection douloureuse prolongée. Il concerne 6 % des enfants et 40 % des adultes. La répétition d'épisodes intermittents spontanément résolutifs peut annoncer la survenue d'un priapisme aigu, intensément douloureux et évoluant vers une impuissance définitive. Il s'agit d'une urgence nécessitant une hospitalisation pour drainage des corps caverneux et injection intra caverneuse de 10 mg d'étiléfrine, voire échange transfusionnel en cas d'échec.

• **Les infections** sont fréquentes et potentiellement graves en raison de l'immunodépression consécutive à l'asplénie fonctionnelle (rate inefficiente), mais également du risque d'évolution vers une complication grave. Les infections à pneumocoque sont la première cause de mortalité chez l'enfant drépanocytaire. Toute fièvre doit faire envisager une infection bactérienne. Le traitement de tout sepsis grave doit comporter une antibiothérapie active sur le pneumocoque et les bacilles à Gram négatif.

COMPLICATIONS CHRONIQUES

• Les complications chroniques se voient le plus souvent chez l'adulte et doivent être recherchées de façon systématique et régulière, notamment :

– **atteintes rénales** causées par les ischémies répétées et l'hémolyse chronique. Très fréquentes, pouvant entraîner une insuffisance rénale terminale, elles justifient une surveillance régulière et une attention particulière aux néphrotoxiques et aux causes d'insuffisance rénale fonctionnelle ;

– **atteintes oculaires** qui justifient une surveillance régulière pour déceler et traiter les rétinopathies prolifératives par néovascularisation ;

– **ulcères cutanés,** de guérison difficile, récidivants et douloureux ;
– **complications ostéo-articulaires** ajoutant handicap et douleurs chroniques aux crises aiguës. Il peut s'agir de nécroses aseptiques, touchant essentiellement les têtes fémorales ou humérales, ou de déformations osseuses, séquelles d'ostéomyélite ;
– **hypertension artérielle pulmonaire,** qui doit être dépistée ;
– **lithiases biliaires** qui sont une conséquence de l'hémolyse chronique. Une cholécystectomie préventive peut être envisagée en cas de risque élevé ;
– **les transfusions répétées** sont responsables de surcharge en fer, d'un risque accru d'hépatites virales et d'accidents transfusionnels par allo immunisation.

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

• Une protection maladie est indispensable. Le diagnostic de syndrome drépanocytaire majeur permet la reconnaissance par la Sécurité sociale en affection de longue durée (ALD n° 10 : *hémoglobinopathies, hémolyses chroniques constitutionnelles et acquises sévères*) avec exonération du ticket modérateur. Le handicap causé par les formes graves de la maladie peut faire envisager une reconnaissance par la MDPH. Les enfants scolarisés peuvent faire l'objet d'un projet d'accueil individualisé incluant enseignants, médecins et infirmières scolaires.

• Le dépistage des homozygotes à la naissance ou, à défaut, dès les premiers mois de la vie est un élément essentiel du pronostic : il permet une prise en charge précoce, une prévention de certaines complications et l'amorce d'une éducation des parents. Dans les départements d'outre mer, un dépistage néonatal généralisé a été mis en place progressivement dès 1985. En métropole, le dépistage est instauré depuis 2000, mais uniquement sur une population ciblée, choix discuté du fait du risque que représente le retard à la prise en charge des enfants non dépistés. Le dépistage à l'âge adulte, notamment en cas de projet parental, peut être proposé. Le CIDD *(voir encadré)* est une source précieuse de renseignements.

• Dès la découverte d'un syndrome drépanocytaire, une prise en charge médico-psycho-sociale doit s'organiser autour de la personne malade impliquant une équipe pluridisciplinaire. Au sein des trois niveaux de prise en charge médicale (médecin, hôpital de proximité, centre de référence maladies rares), la famille mais également les enseignants et les médecins scolaires ou du travail doivent être informés et impliqués. Les conditions de vie peuvent largement influer sur le cours de la maladie, et inversement, et il faut être attentif au retentissement psychologique de la maladie comme aux problèmes sociaux, scolaires et professionnels.

• L'éducation thérapeutique des personnes malades et de leur entourage, en premier lieu les parents des enfants drépanocytaires, est cruciale. Elle doit amener à connaître la maladie, la surveillance clinique des symptômes habituels et inhabituels qui permettra de déceler au plus vite une complication aiguë ou chronique, ainsi que les mesures préventives essentielles pour éviter celles ci. Les centres hospitaliers de référence organisés en réseau, ainsi que les associations de soutien *(voir ci-contre)*, notamment dans les villes où la prévalence de la maladie est la plus forte, peuvent jouer un rôle important dans cette formation ainsi que dans le soutien psychologique et social des malades et de leurs familles.

• La surveillance clinique doit être régulière tout au long de la vie, avec des consultations si possible trimestrielles, comprenant la recherche de signes d'apparition ou d'évolution des complications, la mise à jour du calendrier vaccinal, et un temps d'éducation thérapeutique, afin de s'assurer au minimum de la bonne connaissance de la conduite à tenir en cas de douleur ou de fièvre.

• Un bilan paraclinique annuel complet est recommandé, pour dépister et traiter précocement les complications chroniques de la maladie. Son contenu varie selon l'âge et le contexte clinique.

• Bilan annuel d'évaluation multidisciplinaire :

• hémoglobine fœtale, fer sérique, capacité totale de fixation de la transferrine, calcémie, phosphorémie, étude des fonctions hépatique et rénale, dont microalbuminurie, sérologie érythrovirus (parvovirus B19) jusqu'à positivation ;

• dès antécédent transfusionnel, recherche d'agglutinines irrégulières, dosage des anticorps anti HbS pour vérifier

Un Centre de référence des Syndromes Drépanocytaires Majeurs regroupe des sites d'expertise dans huit hôpitaux d'Île de France. **Coordination Hôpital Henri Mondor, Créteil et Hôpital Tenon, Paris.**

APIPD : www.apipd.fr/

CIDD : Centre d'informations et de dépistage de la drépanocytose, Paris 13e, 01 45 82 50 00

Drépavie : www.drepavie.org

Orphanet : Portail des maladies rares et des médicaments orphelins www.orpha.net

ROFSED : Réseau ouest francilien de soins des enfants drépanocytaires au sein de l'hôpital Necker

SOS Globi : www.sosglobiparis.fr/

Uraca : www.uraca.org

l'efficacité de la vaccination, sérologies VIH et VHC (le bilan annuel permet une réévaluation du dossier transfusionnel) ;

• à partir de 1 an, jusqu'à l'adolescence : écho Doppler transcrânien de dépistage des anomalies de la circulation cérébrale ;

• à partir de 3 ans : radiographie du thorax, échographie abdominale chez les patients non cholécystectomisés ;

• à partir de 6 ans : radiographie du bassin, échographie cardiaque avec recherche d'HTAP ;

• à partir de 10 ans (6 ans chez les enfants SC), bilan ophtalmologique avec FO (fond d'œil) +/ angiographie rétinienne.

ASPECTS THÉRAPEUTIQUES DE LA PRISE EN CHARGE CHRONIQUE

• Le traitement au long cours de la drépanocytose repose avant tout sur la prévention :
– **hydratation abondante,** recommandée tout au long de la vie, encore majorée en cas d'effort, de chaleur ou d'infection ;
– **prévention des infections pneumococciques** par une vaccination systématique, associée à une antibiothérapie préventive quotidienne, dès le diagnostic et durant toute l'enfance, par pénicilline ;
– **vaccinations** également recommandées contre la grippe, la méningite C et l'hépatite B ;
– **supplémentation** en acide folique quotidienne, à vie.

• Les traitements de fond de la drépanocytose visent principalement à diminuer la production et/ou la proportion d'HbS. Compte tenu de leurs profils d'effets indésirables, ils restent réservés aux formes sévères de la maladie.
– **l'hydrocarbamide (hydroxyurée),** longtemps prescrit hors AMM (Hydrea®), est désormais autorisée pour le traitement de fond de la drépanocytose sous le nom Siklos®, pour enfants à partir de 2 ans et adultes. Par l'augmentation du taux de l'HbF aux dépens de l'HbS, elle permet chez la plupart des patients une diminution de la fréquence des crises vaso occlusives, des syndromes thoraciques aigus, des hospitalisations et des transfusions.
La myélotoxicité et le risque d'ulcères cutanés incitent toutefois à réserver ce traitement aux formes sévères ou récidivantes de la pathologie ;
– **les transfusions d'échange au long cours** sont indiquées

en cas de risque neurologique ou de crises sévères récidivantes malgré l'hydrocarbamide. Malgré leur efficacité, l'indication reste limitée du fait des risques : surcharge en fer, infections virales et allo immunisation. Le chiffre d'hémoglobine post transfusionnelle ne doit pas être supérieur au taux habituel du patient afin de ne pas majorer la viscosité sanguine.
Des transfusions d'échange ponctuelles sont recommandées lors de la grossesse (après la 22e semaine) et avant les actes chirurgicaux.
– **l'allogreffe de mœlle osseuse** à partir d'un membre de la fratrie HLA identique (AA ou AS) permet seule une guérison définitive. Son indication est limitée aux enfants et adolescents. En raison des risques inhérents à toute transplantation médullaire, l'indication doit en être discutée au cas par cas.

DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR P. 312)

• **Une personne adulte ou les parents d'un enfant souffrant d'un syndrome drépanocytaire majeur et originaire d'un pays dont le système de santé est précaire doivent bénéficier d'un titre de séjour.** En effet, la gravité de cette maladie implique absolument une offre de soins permettant un accès effectif des malades à la fois à une admission immédiate dans un service de soins intensifs, à un plateau technique spécialisé apte à la prise en charge des complications aiguës et chroniques, à des transfusions en urgence et programmées sécurisées, et à des traitements récents et nécessitant également une surveillance spécialisée. Peu de pays ont par ailleurs les moyens d'assurer l'association de cette prise en charge médicalisée avec une approche globale, sociale et préventive.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

InVS, *La drépanocytose en France : des données épidémiologiques pour améliorer la prise en charge,* BEH n° 27 28, 2012
HAS, *PNDS de l'ALD10 et Recommandations pour la pratique clinique,* 2005
La Revue du praticien, *Monographies du numéro 54,* 2004
OMS, fiche drépanocytose
Revue Prescrire, *Hydroxycarbamide (Siklos),* n° 296, p. 412, 2008

HTA ET MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

L'hypertension artérielle (HTA) est une élévation anormale de la pression artérielle au repos. Son origine est multifactorielle, faisant intervenir des facteurs individuels et des facteurs d'environnement. Dans la majorité des cas, on ne retrouve pas de cause médicale, on parle alors d'HTA « essentielle ». L'HTA constitue un facteur de risque cardiaque et vasculaire, dont la prise en charge est justifiée par les complications à long terme qu'elle entraîne. D'autres maladies cardio-vasculaires sont fréquentes et potentiellement graves : maladies artérielles (dont les conséquences de l'HTA), valvulopathies et maladies veineuses thrombœmboliques.

ÉPIDÉMIOLOGIE DE L'HTA ET DES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

• **Les maladies cardio-vasculaires constituent la 1re cause de mortalité dans le monde.** L'OMS qualifie de transition épidémiologique la progression des maladies non transmissibles incluant l'HTA observée dans les pays en développement, dont les effets délétères sur la santé viennent s'ajouter à ceux des maladies infectieuses et parasitaires. Lié en premier lieu à la transition démographique (augmentation de l'espérance de vie), ce phénomène est favorisé par une alimentation inappropriée (consommation accrue d'aliments industriels gras, salés ou sucrés), la sédentarité, l'obésité et une consommation excessive d'alcool. En 2012, l'HTA aurait été responsable de 9,4 millions de décès prématurés dans le monde et de 4 % des années de vie en bonne santé (AVCI) perdues. Cette estimation fait de l'HTA un des principaux facteurs de risque sanitaire mondial après l'infection à VIH (6 % AVCI perdues).

• **En France, la prévalence de l'HTA chez les adultes est estimée à 31 %.** Dans l'observation du Comede, les affections cardiovasculaires sont plus fréquentes chez les ressortissants d'Afrique du Nord (Algérie : 202 ‰), d'Afrique centrale (143 ‰),

et à un degré moindre chez ceux de Haïti (135 ‰).
La prévalence de l'HTA, plus élevée dans certaines populations originaires d'Afrique subsaharienne, sa survenue plus précoce et ses complications plus sévères et plus fréquentes seraient liées à des facteurs constitutionnels (responsabilité du gène de l'angiotensinogène dans la résorption accrue de sodium) et environnementaux.

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC DE L'HTA

• **L'HTA est le plus souvent asymptomatique,** découverte lors d'un examen systématique. Elle peut provoquer des céphalées en cas d'augmentation brutale (la « poussée hypertensive » justifie une prise en charge médicale rapide). Sa gravité tient à ses conséquences à long terme : insuffisance cardiaque avec hypertrophie ventriculaire (fréquente chez les personnes originaires d'Afrique), accident vasculaire cérébral hémorragique, insuffisance rénale, plus rarement insuffisance coronarienne, accident vasculaire oculaire, artérite des membres inférieurs, dissection aortique.

• **La définition de l'HTA** repose sur la mesure au cabinet médical à l'aide du tensiomètre des pressions artérielles diastolique (PAD) et systolique (PAS) chez un patient au repos depuis 5 minutes :
HTA de grade 1 : 90 ≤ PAD < 99 mmHg et/ou 140 ≤ PAS < 159 mmHg ;
– **HTA de grade 2 :** 100 < PAD < 109 mmHg et/ou 160 ≤ PAS ≤ 179 mmHg ;
– **HTA sévère ou grade 3 :** PAS ≥ 180 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg.

• **Le diagnostic est confirmé par la permanence de l'HTA** sur des mesures répétées, avec un tensiomètre au brassard adapté, avant d'instituer un traitement médicamenteux : chiffres élevés mesurés deux fois lors de trois consultations successives espacées sur une période de 3 à 6 mois. L'automesure tensionnelle (AMT 3 mesures matin et soir pendant 3 jours), et la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA, Holter tensionnel) représentent des alternatives recommandées par les sociétés savantes, principalement pour le dépistage des HTA masquées et « blouse blanche ».

PRISE EN CHARGE MÉDICALE DE L'HTA

• L'objectif principal n'est pas tant de faire baisser la pression artérielle que de réduire le risque cardio-vasculaire global (RCV). La première démarche consiste à évaluer ce risque en recherchant d'autres facteurs de risque et/ou signes de gravité :

Autres facteurs de risque cardiovasculaire	Atteinte des organes cibles	Troubles cliniques associés
– âge > 50 ans chez l'homme et > 60 ans chez la femme – tabagisme (actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans) – dyslipidémie : HDL-cholestérol ≤ 0,40 g/l et LDL ≥ 1,60 g/l – antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce – obésité abdominale – sédentarité – consommation excessive d'alcool – diabète traité ou non – précarité socio-économique	– hypertrophie ventriculaire gauche – atteinte rénale : micro-albuminurie	– maladie coronarienne – antécédents d'accident vasculaire cérébral – artériopathie périphérique – insuffisance rénale

• L'estimation de ce risque individuel détermine la stratégie de la prise en charge et le pronostic du patient hypertendu. Le risque peut être quantifié (de faible à très élevé) en tenant compte de la sévérité de l'HTA (grade 1 à 3) et du nombre de facteurs de risque cardio vasculaire ou d'une atteinte des organes cibles ou d'une maladie cardio vasculaire associée.

Bilan initial :

protection maladie indispensable (admission immédiate CMU C ou instruction prioritaire AME) ;
à jeun : glycémie, cholestérol total et HDL, triglycérides, calcul du LDL cholestérol ;
kaliémie, créatininémie et clairance ;
ECG ;
bandelette urinaire (quantification de protéinurie/ µalbuminurie si +) ;
échographie Doppler cardiaque et artérielle périphérique seulement en cas de signes fonctionnels, clinique évocatrice ou ECG de repos anormal (troubles de la repolarisation ou BBG) ;

Surveillance d'une HTA essentielle, non compliquée et permanente :

contrôle TA tous les 3 mois sauf si objectif non atteint ou nouveau symptôme ;
kaliémie, créatininémie et clairance tous les ans ;
glycémie à jeûn, cholestérol total et HDL, triglycérides, ECG tous les 3 ans si bilan initial normal.

La MAPA (mesure ambulatoire de pression artérielle) :

elle permet de faire le diagnostic de la réaction d'alarme (effet blouse blanche) ;
elle permet de vérifier le bon équilibre sous traitement et la répartition des prises ;
dans le cas d'absence de rythme nycthéméral, la MAPA apporte des informations d'ordre pronostic et oriente vers une HTA secondaire.

• Le bilan initial conduit à une recherche étiologique de l'HTA dans certains cas :

s'il s'agit d'une HTA sévère d'emblée, ou résistante à une trithérapie, ou encore d'HTA chez une personne jeune (< 30 ans) ;
devant des signes cliniques ou biologiques évocateurs : céphalées/sueurs/palpitations en faveur d'un phéochromocytome ; hypokaliémie ; souffle dorsal d'une coarctation de l'aorte, lombaire ou para ombilical d'une sténose de l'artère rénale ; aspect en faveur d'un syndrome de Cushing.

MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES FACE À L'HTA

• Le mode de vie et la qualité de l'observance sont essentiels :

restriction sodée prudente : 5 6 g/j (+++ chez les patients africains car plus grande sensibilité au sel) ;
réduction pondérale en cas de surcharge avec IMC entre 18,4 et 24,9 *(voir p. 350) ;*
réduction de la consommation d'alcool et/ou de tabac (l'arrêt complet est recommandé) ;
pratique régulière d'un exercice physique aérobie : 30 min/j *(voir p. 350) ;*
prévention et dépistage des autres facteurs de risque : diabète, dyslipidémies, syndrome métabolique ;
régime alimentaire riche en fruits et légumes et pauvre en graisses saturées.

• Ces objectifs doivent être adaptés selon l'environnement de chaque patient : situation administrative, ressources, conditions d'hébergement et possibilités d'adaptation des repas. Il est essentiel de personnaliser les informations théoriques et de s'assurer de bonnes conditions de communication (interprète professionnel si besoin). Si, dans certains cas, les mesures hygiéno diététiques sont suffisantes pour normaliser la pression artérielle, la précarité des patients conduit à débuter plus rapidement un traitement médicamenteux. Les mesures hygiéno diététiques doivent de toute façon accompagner le traitement médicamenteux ; elles sont d'autant plus efficaces si elles sont proposées dans le cadre d'une éducation thérapeutique *(voir p. 345).*

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DE L'HTA

• Il s'agit d'un traitement à vie à prendre quotidiennement. Le traitement doit toujours être assorti d'une information de la personne sur les nécessités et les conditions du suivi thérapeutique. Cette information est essentielle pour recueillir l'adhésion d'un patient asymptomatique à une thérapeutique très prolongée.

• Parmi les différentes classes de médicaments antihypertenseurs disponibles : cinq ont fait la preuve de leur efficacité et peuvent être prescrits en première intention : les diurétiques (notamment thiazidiques), β bloquants, antagonistes calciques ICA, inhibiteurs de l'enzyme de conversion IEC et inhibiteurs de l'angiotensine II ARA II :
– les diurétiques et ICA constituent le traitement de première intention, notamment chez les patients originaires d'Afrique subsaharienne, dans l'attente de l'évaluation des facteurs de risque et de l'atteinte des organes cibles ;
– pour les autres patients, les β-bloquants restent les traitements les mieux validés, surtout en cas d'angor, après un infarctus, en cas de grossesse ou de tachyarythmie : aténolol 1 cp 100 mg/j , contre indiqué en cas d'asthme ;
– les IEC et ARA II sont efficaces mais de coût plus élevé ;
– pour une majorité de patients, il sera toutefois nécessaire de recourir à une association de 2 principes actifs : le traitement de deuxième intention est une bithérapie qui combine généralement une petite dose de diurétique thiazidique à un β bloquant, à un inhibiteur de l'enzyme de conversion, à un inhibiteur calcique ou à un β bloquant et un inhibiteur calcique.

Décision thérapeutique selon le risque cardio-vasculaire

	HTA Grade 1	HTA Grade 2	HTA Grade 3
0 FDR CV	Risque faible : traitement hygiéno-diététique 6 mois puis médicamenteux	Risque moyen : traitement hygiéno-diététique 3 mois puis médicamenteux	**Risque élevé : traitement médicamenteux d'emblée**
1 à 2 FDR CV	Risque modéré : traitement hygiéno-diététique 3 mois puis médicamenteux	Risque modéré à élevé : traitement hygiéno-diététique 3 mois puis médicamenteux	**Risque élevé : traitement médicamenteux d'emblée**
> 3 FDR et/ou AOC et/ ou diabète, maladie cardio-cérébro-vasculaire ou rénale associée	**Risque élevé à très élevé : traitement médicamenteux d'emblée**	**Risque élevé à très élevé : traitement médicamenteux d'emblée**	**Risque élevé à très élevé : traitement médicamenteux d'emblée**

FDR : facteur de risque, CV : cardio vasculaire, AOC : atteinte des organes cibles

• La situation clinique, l'âge et la présence de facteurs de risque ou d'atteinte des organes cibles conditionnent l'utilisation préférentielle de certaines classes thérapeutiques, en tenant compte des contre indications :

chez un patient diabétique, commencer le traitement en monothérapie par certains IEC (type enalapril) ou ARA II (type IRBÉSARTAN®) ;

chez la femme enceinte, seuls les ICA, les β bloquants et la méthyldopa sont autorisés ;

chez la personne âgée, les diurétiques et les ICA sont préconisés.

COMPLICATIONS DE L'HTA ET AUTRES MALADIES ARTÉRIELLES

• L'athérosclérose est un processus évolutif continu marqué par l'épaississement des parois des vaisseaux sanguins (constitution de plaques athéromateuses) et qui conduit à l'obstruction et à la fragilisation progressive de ces vaisseaux. Ce processus est accéléré par un certain nombre de facteurs de risque *(voir supra)*. L'athérosclérose provoque des pathologies touchant certains organes cibles, notamment le cœur (artères coronaires), le cerveau et les membres inférieurs.

• Insuffisance coronarienne, angor et infarctus du myocarde (IDM). Les artères coronaires, qui constituent un réseau vasculaire irriguant les parois musculaires (myocarde) du cœur, assurent à celui ci l'oxygénation indispensable à son bon fonctionnement. Lorsque, en raison de la réduction du calibre des artères coronaires, l'apport sanguin ne répond plus aux besoins du cœur (insuffisance coronarienne), il apparaît une souffrance du myocarde :

si cette souffrance est transitoire, on parle d'angor ou d'« angine de poitrine ». Il s'agit d'une douleur thoracique antérieure constrictive et très anxiogène pouvant irradier vers les mâchoires et le bras gauche, apparaissant surtout à l'effort et cédant au repos ;

si l'artère coronaire est occluse et entraîne une nécrose (mort cellulaire) du muscle cardiaque, on parle alors d'infarctus du myocarde (IDM). Cette nécrose peut provoquer une altération de la fonction cardiaque et/ou des troubles du rythme dont les conséquences peuvent être fatales.

• Le diagnostic d'insuffisance coronarienne repose sur les résultats de l'électrocardiogramme (ECG) et/ou de l'ECG d'effort et/ou de la coronarographie et/ou de la scintigraphie myocardique de perfusion. En urgence, le traitement de l'angor consiste en l'arrêt de l'effort et la prise sublinguale de trinitrine ou de dérivés nitrés d'action rapide. Celui de l'IDM relève d'une prise en charge cardiologique urgente et hospitalière afin de tenter une reperfusion du muscle cardiaque dans les plus brefs délais (thrombolyse médicamenteuse ou angioplastie percutanée). Le traitement préventif secondaire de l'insuffisance coronarienne consiste en la réduction des facteurs de risque cardio vasculaire, la prise de médicaments fluidifiant le sang (aspirine) et de vasodilatateurs (β bloquants, dérivés nitrés et/ou anticalciques). Dans certains cas, une revascularisation chirurgicale (pontage) ou percutanée (angioplastie avec pose d'un stent) est proposée. La surveillance repose sur un examen clinique trimestriel et une surveillance annuelle du risque cardio vasculaire global.

• Accident vasculaire cérébral (AVC). De symptomatologie polymorphe selon le territoire cérébral atteint (paralysie d'un membre, troubles de la parole, crise comitiale, coma…), l'AVC peut être ischémique, causé par l'occlusion d'une artère cérébrale athéromateuse ou par migration d'un caillot, ou hémorragique par rupture d'une artère (anévrysme, HTA). Le handicap moteur et les conséquences sociales peuvent être très graves. Le diagnostic repose sur les résultats du scanner

cérébral en urgence. Le traitement de l'AVC relève d'une prise en charge spécialisée hospitalière avec nursing, surveillance des fonctions vitales et thrombolyse en cas d'accident ischémique. Par la suite, une rééducation fonctionnelle est entreprise en centre spécialisé ou à domicile, selon la gravité de l'atteinte neurologique. Le traitement préventif secondaire consiste, comme pour l'insuffisance coronarienne, en la réduction des facteurs de risque cardio vasculaire.

• **Artériopathie des membres inférieurs.** Cette atteinte des artères des membres inférieurs se manifeste par une claudication intermittente (douleurs à la marche), dont la gravité se mesure avec le « périmètre de marche », distance parcourue avant l'apparition de cette douleur. Le diagnostic est confirmé par l'échographie artérielle et/ou l'artériographie des membres inférieurs. Dans ce cas, le traitement repose également sur la réduction ou la suppression des facteurs de risque cardio vasculaire et l'instauration d'un traitement fluidifiant (aspirine). Des mesures chirurgicales de revascularisation peuvent parfois être proposées.

VALVULOPATHIES

• **Les 4 valves cardiaques (aortique, mitrale, tricuspide et pulmonaire)** qui séparent les ventricules des oreillettes, d'une part, et les ventricules des artères pulmonaires et de l'aorte, d'autre part, peuvent présenter des altérations fonctionnelles. Ces dysfonctions, par insuffisance et/ou par rétrécissement, peuvent retentir sur la fonction cardiaque. Une atteinte valvulaire se traduit cliniquement par un souffle cardiaque et le diagnostic est confirmé par l'échographie cardiaque. En cas de retentissement important de la valvulopathie sur la fonction cardiaque, un remplacement chirurgical de la valve peut être proposé au prix de l'instauration au long cours d'un traitement anticoagulant. La surveillance repose sur une surveillance clinique trimestrielle, une échographie cardiaque annuelle et une surveillance biologique de la coagulation.

• **La fréquence des valvulopathies chez les migrants est en diminution en raison de la diffusion des traitements antibiotiques préventifs dans les pays en développement.** En effet, le risque de complication infectieuse (endocardite d'Osler) en cas de bactériémie et/ou de septicémie justifie de couvrir tous les soins dentaires par une antibiothérapie

préventive adaptée et de traiter les infections bactériennes de la sphère ORL par antibiotiques.

MALADIES VEINEUSES THROMBOEMBOLIQUES

• Les réseaux veineux profonds et superficiels qui assurent le retour sanguin vers le cœur ont tendance à se dilater chez certains patients, sous l'influence de facteurs environnementaux, hormonaux et médicamenteux. Cette insuffisance veineuse se traduit par des douleurs à la marche, des paresthésies et, cliniquement, par la présence de varicosités et de varices. Sur le réseau veineux profond, la dilatation entraîne une stase sanguine qui peut favoriser la formation d'un caillot (thrombose) et la constitution d'une phlébite. La phlébite est une urgence médicale qui nécessite l'administration d'un traitement anticoagulant et le dépistage systématique de l'embolie pulmonaire. Le traitement préventif repose sur le port de bas de contention et la pratique d'un exercice physique régulier.

RAPPORT MÉDICAL POUR LE DROIT AU SÉJOUR DES ÉTRANGERS MALADES (VOIR P. 312)

• Un étranger « sans-papiers » atteint d'une maladie cardio-vasculaire, relevant d'un traitement médicamenteux et ressortissant d'un pays dont le système de santé est particulièrement précaire (principalement Afrique subsaharienne), remplit les critères médicaux de « régularisation », notamment en cas d'HTA sévère et/ou de complications et/ou d'autres facteurs de risque cardio vasculaire associés. L'accès aux médicaments et la possibilité d'un suivi médical régulier déterminent en effet la qualité de la prise en charge et permettent de prévenir les complications de moyen et de long terme.

• Dans l'observation du Comede (voir Rapports annuels sur www.comede.org), les taux de reconnaissance du droit au séjour pour ces malades sont en diminution depuis 2011, les refus étant principalement liés à la contestation du risque d'exclusion des soins nécessaires dans le pays d'origine. Parmi 341 réponses documentées entre 2004 et 2013, le taux d'accord est de 79 %, avec de grandes variations selon les départements. Les rapports médicaux destinés au médecin de l'agence régionale

de santé (ARS) et, en cas de recours contentieux, les certificats destinés au tribunal administratif doivent argumenter sur le pronostic, l'existence de complications et/ou d'autres facteurs de risque cardio vasculaire ainsi que sur les indicateurs relatifs au système de santé du pays d'origine, ainsi que sur le risque d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine, apprécié notamment par les indicateurs de l'OMS relatifs au système de santé du pays d'origine *(voir Accès aux soins dans le pays d'origine, p. 20),* en particulier le pourcentage de la population ayant accès aux médicaments essentiels.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

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

ESH/ESC, European Society of Hypertension / European Society of Cardiology, *Guidelines for the management of arterial hypertension,* European Heart Journal, 34, 2159 2219, 2013

InVS, *Pression artérielle et hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans vivant en France métropolitaine,* BEH n° 49 50, 2008

OMS, *Maladies cardio vasculaires,* Aide mémoire, Épidémiologie mondiale, mars 2013, www.who.int/fr

SFHA, Société française de l'hypertension artérielle, Mesures de la pression artérielle pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu, novembre 2011, www.sfhta.org

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) environ 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 (épidémie à l'échelle mondiale, 1,5 million de morts en 2013), dont le dépistage, 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 et asymptomatique.** Lorsqu'elle associe des signes généraux (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 tuberculeuse 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 plus élevé chez les petits enfants, les adolescents et les immunodéprimés.

ATTENTION

les tests IGRA ne sont pas recommandés chez l'enfant de moins de 5 ans.

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 et non vaccinés justifie un traitement préventif.

l**es tests de détection de l'interféron gamma (test IGRA : Quantiféron®)** 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.

• **Un tiers de la population mondiale est infectée par le BK,** dont 95 % dans les pays en développement. L'épidémie d'infection à VIH a 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 2013, 56 % des 9 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 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 7,6/100 000 en 2012, mais de fortes disparités subsistent : certaines zones géographiques (Île 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 Exil et santé, p. 8)*, 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

• **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).

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 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 la détection 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. 431) :*

si CD4 > 500/mm^3, les signes sont les mêmes que pour le sujet immunocompétent ;

si CD4 entre 200 et 500/mm^3, IDR+ et les formes pulmonaires restent les plus fréquentes ;

si CD4 < 200/mm^3, IDR souvent négative et si les formes

extra pulmonaires dominent, 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 dipose 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)*

Dans le cadre de la lutte antituberculeuse, chaque département est doté d'un CLAT qui effectue gratuitement les missions suivantes 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	•	•				

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.

• 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 necessaire 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 9e, 12e et 18e mois avec une radio de contrôle au 18e mois.

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 Exil et santé, p. 8)*. 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. 170)*.

• Aspects médico-juridiques et droit au séjour des étrangers malades *(voir Rapport médical pour le droit au séjour, p. 312)*. 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 (pour une durée de 3 mois), dont l'hépato toxicité 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 sequellaires de tuberculose non ou mal traitée 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 p. 325)*. Elle est recommandée pour les sujets âgés de plus de 15 ans et peut être pratiquée dès l'âge de 11 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. 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 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 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 HCSP.

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 juin 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, Tuberculoset, philippe.fraisse@chru strasbourg.fr en particulier pour les coordonnées mises à jour des centres de lutte antituberculeuse, www.toutsurlatuberculose.fr

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, p. 29).*

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 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).*

• **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, ainsi que et par l'évaluation du plan national de lutte contre la lutte contre la tuberculose.

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, amœbose 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. 524.*

Voir aussi Bilan de santé, p. 325.

PRINCIPALES PARASITOSES 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 les formes digestives et urinaires, de complications à long terme (ponte active des vers de nombreuses années après la dernière infestation) ;

L'amœbose (amibes) est presque toujours asymptomatique (kystes), mais tout porteur doit être traité en raison des risques d'amœbose maladie (amœbose intestinale, abcès hépatique) ;

La giardiose (ou lambliase), 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 (idéalement sur un recueil de 24 h) 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 filariose) 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'*Entamœba 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 *Dientamœba fragilis* ;

la découverte (fréquente) des parasites suivants n'a pas de signification pathologique : *Entamœba coli, Entamœba hartmanni, Entamœba 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*.

Tout signe clinique ou biologique évocateur d'une parasitose doit conduire à un bilan parasitologique et/ou à un avis spécialisé.

• 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, p. 468).*

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® 1 cp 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 (Trédémine®) 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 1er 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, 20 cp, 3,71 €), 1 cp x 3/j. pendant 7 jours (ou le tinidazole, Fasigyne®, cp 500 mg x 4 cp, 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, 1 cp/j. pendant 5 jours. Il est recommandé de renouveler le traitement après 15 jours afin d'éviter les échecs.

• Loase : ivermectine (Stromectol® , cp 3 mg, 4 cp, 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.

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 maladies 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'hyperéosinophie : sérologies (filarioses, schistosomoses, distomatose, trichinellose, cysticercose, 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.

SCHISTOSOMOSES (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. 358).*

• 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 palustres à *Plasmodium falciparum* survient dans les 2 mois après l'exposition, certains dans les 6 mois. On connaît actuellement 4 autres espèces : *vivax, ovale, malariæ* 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, hémoglobinurie 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. En cas de forte suspicion, ces examens doivent être répétés s'ils sont négatifs.

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 ;

arthéméther 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 (1er 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'halfofantrine (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*, *malariæ* 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.

Pour éviter les reviviscences de Plasmodium ovale et vivax, ce traitement peut être suivi par un traitement par primaquine (30 mg/j. pendant 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*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES, POUR EN SAVOIR PLUS

Anofel, Association française des enseignants de parasitologie et mycologie : *Cours en ligne, DCEM,* http://campus.cerimes.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

INDEX

A

AAH **88, 149, 154, 443**

AAMI **19**

Acat **368**

Acceptess T **333**

Accès aux soins, conditions **169**

Accès aux soins dans le pays d'origine **20**

Accès aux soins dans le pays d'origine, sources d'information et indicateurs **23**

Accident du travail et assurance maladie **218**

Accidents de la vie courante, enfants **343**

Accompagnateurs de malade **80**

Accompagnement des soignants **205**

Accueil et promotion **19**

ACS **239**

ACT **147**

Act Up **423**

Acte de naissance, Assurance maladie **222**

Acte de naissance, droit au séjour **53**

Adate **19**

Admission immédiate à la complémentaire CMU **233**

Adolescents, santé mentale **415**

Affections de longue durée (ALD) **173, 226**

Affiliation assurance maladie **200, 211**

AFVS **213**

Aide à la complémentaire santé (ACS) **239**

Aide juridictionnelle **129**

Aide juridictionnelle, domiciliation **138**

Aide médicale État **200, 241**

Aide médicale État, domiciliation **136, 138**

Aide médicale État, identité **245**

Aide médicale État, instruction prioritaire **255**

Aide médicale État, résidence **247**

Aide médicale État, ressources **251**

Aide médicale État sur décision du ministre (« humanitaire ») **250**

Aide sociale à l'enfance (ASE) **147, 158, 297**

Aides (association) **423**

Alap **19**

ALD, Affections de longue durée **173, 226**

Allocation aux adultes handicapés (AAH) **88, 149, 154, 443**

Allocation de solidarité pour personnes âgées (Aspa) **156**

Allocations logement, **voir Prestations familiales**

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) **157**

Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) **157**

Allocation temporaire d'attente (ATA) **33, 37, 64, 112, 141**

AME, Aide médicale État **200, 241**

Amnesty international **379**

AMP **434**

Anafé **88, 121, 159**

Ancienneté de présence, Aide médicale État **247**

Ancienneté de présence, assurance maladie **212**

Ancienneté de présence, complémentaire CMU **230**

Ancienneté de présence, Droit au séjour pour raison médicale **46, 74**

Ancienneté de présence, protection maladie **203, 208**

Anguillulose intestinale **519**

APA **157**

Appartement de coordination thérapeutique (ACT) **147, 442**

APRF **94**

APS, assignation à résidence pour raison médicale **105**

APS, étrangers malades **74**

APS, membres de famille et accompagnateurs de malades **81, 84**

APT **141**

Aptira **19**

Arcat **423**

Ardhis **333**

Arrêté d'expulsion **94**

Arrêté préfectoral de reconduite à la frontière (APRF) **94**

Article 1er A2 de la convention de Genève **27, 308**

Article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme **368**

Asamla **19**

ASE **147, 158, 297**

ASI **157**

Asile, domiciliation **138**

Asile et immigration **26**

Aspa **156**

Assistance à la frontière, **voir Zone d'attente**

Assignation à résidence pour raison médicale **103**
Assfam **119**
Assistance en cas de mesure d'éloignement **94**
Assistance médicale à la procréation (AMP) **434**
Assistant(e) social(e) **126**
Associations en rétention **119**
Assurance agréée « visa » **189, 200**
Assurance maladie **200, 211**
Assurance maladie, condition de résidence **202**
Assurance maladie, condition de ressources **219**
Assurance maladie, immatriculation et état civil **220**
Assuré **200**
Asthme **475**
Asthme, éducation thérapeutique **479**
Asthme, rapport médical pour le droit au séjour **480**
ATA **33, 37, 64, 112, 141**
Attestation d'accueil, visa **189**
Attestation d'hébergement **135**
Autorisation provisoire de travail (APT) **141**
Autorisation provisoire de séjour, **voir APS**
Avocats **129**
Ayant droit autonome **268**
Ayants droit et membres de famille (protection maladie) **263**

B

Base (régime de), Assurance maladie **200**
Bénéficiaires de droits dans un autre État **270**
Bilan de santé **325**
Bilan de santé, enfants migrants **330**
Bilan de santé, migrants âgés **329**
Bilharzioses (schistosomoses) **523**
Bilharzioses, dépistage **326, 524**
Bureau d'aide juridictionnelle, **voir Aide juridictionnelle**

C

Cada, Centre d'accueil pour demandeur d'asile **33, 144**
Cada, Commission d'accès aux documents administratifs **59**
CAF, Caisses d'allocation familiale **143**
CAI, Contrat d'accueil et d'intégration **53**
Cancer, dépistage **328**
Cardiovasculaires (maladies) **499**
Cardiovasculaires (maladies), rapport médical pour le droit au séjour **507**
Carte de résident **89**
Carte de séjour mention retraité **156, 193, 282, 284**
Carte de séjour temporaire, **voir Droit au séjour**
Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) **270, 272**
Carte Vitale **225**
Carte Vitale et AME **259**
Carte Vitale et complémentaire CMU **237**
Catred, **153, 280**
CCAS, Centre communal d'action sociale, **voir Domiciliation**
CDAG **429**
CEAM **270, 272**
CegiDD **429**
Centres d'accueil pour demandeur d'asile (Cada) **33, 144**
Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) **333**
Centres de rétention administrative **113**
Centres médico psychologiques (CMP) **395, 419**
Certificat médical de l'Ofii **53**
Certification médicale et demande d'asile **308**
Certification médicale et mutilations sexuelles féminines **384**
Certification médicale pour le droit au séjour **312**
Ceseda **26**
CFDA, Coordination française pour le droit d'asile **384**
Chagas (maladie de) **520**
Charge effective et permanente **264**
Chlamydiose **447**
CHRS, Centre d'hébergement et de réadaptation sociale **146**
Ciddist **429**

Cimade 88, 119
Citoyens de l'Union européenne et assimilés, 41, 48, 129, 138, 162
Clandestins 9
CMP 395, 419
CMU 195
CMU Complémentaire, **voir Complémentaire-CMU**
CNDA 37
Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, **voir Ceseda**
Code de déontologie médicale 300
Cofrimi 19
Comede, Centre ressources 3
Commission d'accès aux documents administratifs, Cada, 59
Commission départementale d'aide sociale 244
Complémentaire, protection maladie 195, 200
Complémentaire CMU 229
Complémentaire CMU, procédure d'admission immédiate 233
Conditions de l'accès aux soins 170
Contraception 333
Contrat d'accueil et d'intégration 53, 92
Contribution forfaitaire 200
Cour nationale du droit d'asile (CNDA) 37
Coût des démarches préfectorales, **voir Droit au séjour**
Couverture maladie, **voir Protection maladie**
Couverture maladie universelle, **voir CMU**
CPEF 333
CPOA 403
Crips 423
Croix Rouge française 122
Croix Rouge française, Service des recherches dans l'intérêt des familles 128

D

Demande d'asile à la frontière 31
Demande d'asile à la préfecture 32
Demande d'asile et mariages forcés 387
Demande d'asile et certification médicale 308
Demande d'asile et mutilations sexuelles 383
Demande d'asile, réexamen 38
Demande d'asile, refus 38
Demandeurs d'asile 9
Demandeurs d'asile, protection maladie 276
Demandeurs d'asile, protection sociale 140
Déontologie médicale 300
Dépenses de santé (montants) 195
Dépenses de santé, architecture de la prise en charge 199
Dépistage et bilan de santé 325
Dépression 390, 397, 400
Dermatologie 470
Diabète 482
Diabète, dépistage 327
Diabète, éducation thérapeutique 488
Diabète, rapport médical pour le droit au séjour 488
Dispense d'avance des frais, **voir Tiers payant**
Dispositif national d'accueil, asile, **voir DNA**
Dispositifs psychiatriques 404
Dispositifs de soins, conditions d'accès 171
Dispositif des soins urgents et vitaux (DSUV) 179
DNA 33
Domiciliation 135
Domiciliation pour le droit au séjour 53, 139
Drépanocytose 491
Drépanocytose, dépistage 329
Drépanocytose, rapport médical pour le droit au séjour 498
Drépanocytose, voyage en avion 366
Droit au séjour, délais de recours 94
Droit au séjour, spécificités pour les Algériens 41, 47, 75, 90
Droit au séjour, spécificités pour les citoyens de l'UE 41, 48
Droit au séjour, spécificités pour les Tunisiens 90
Droit au séjour pour raison médicale 39
Droit au séjour pour raison médicale, art. L 313 11 11° du Ceseda 40
Droit au séjour pour raison médicale, avis de l'autorité médicale 58
Droit au séjour pour raison médicale, Coût des démarches préfectorales 68

Droit au séjour pour raison médicale, Décisions administratives et recours **72**
Droit au séjour pour raison médicale, Défaut de passeport **60**
Droit au séjour pour raison médicale, Demande d'asile et affection grave **64**
Droit au séjour pour raison médicale, Dépôt et instruction de la demande **50**
Droit au séjour pour raison médicale, Évaluation préalable de la demande **43**
Droit au séjour pour raison médicale, instruction DGS du 10 novembre 2011 **318, 321**
Droit au séjour pour raison médicale, Membres de famille et accompagnateurs **80**
Droit au séjour pour raison médicale, Principes de protection et textes applicables **39**
Droit au séjour pour raison médicale, Rapport médical pour le droit au séjour **312**
Droit au séjour pour raison médicale, recours **72**
Droit d'asile **26, 31**
Droit d'asile, demande d'asile à la frontière **26**
Droit d'asile, certification médicale **308**
Droit d'asile, demande d'asile à la préfecture **32**
Droit d'asile, demande d'asile à l'Ofpra et à la CNDA **37**
Droit d'asile, Dublin III et procédures prioritaires **34, 36, 66**
Droit d'asile, refus de la demande d'asile **38**
DSUV, Dispositif des soins urgents et vitaux **179**
Dublin III, **voir Droit d'asile**

E

Éducation thérapeutique du patient **345**
Éloignement et enfermement des étrangers, Protection contre les mesures d'éloignement **94**
Énergie, tarifs réduits **240**
Enfants, **voir aussi Mineurs**
Enfants et adolescents, Santé mentale et troubles psychiques **414**
Enfants migrants, bilan de santé **330**
Entretien social et juridique, évaluation des droits **44**
Épilepsie **468**
Espérance de vie en bonne santé **20**
ESPT **voir Syndromes psychotraumatiques**
Étrangers **9**
Étrangers malades, protection sociale **146**
Étrangers malades, **voir Droit au séjour pour raison médicale**
Europe, **voir Citoyens de l'Union européenne**
Exil et santé **8**
Exil, expérience et traumatisme **11**
Exilés **9**
Expertise médicale, **voir Certification médicale**
Expulsion, arrêté préfectoral ou ministériel **99**
Extrait d'acte de naissance, Assurance maladie **222**
Extrait d'acte de naissance, droit au séjour **53**

F

Facture de soins, Aide médicale État **257**
Facture de soins, assurance maladie **223**
Facture de soins, complémentaire CMU **235**
Forfait hospitalier journalier **200, 225, 237**
Forum réfugiés **119**
France Terre d'asile **119**
FSUV, **voir DSUV**

G

Gams **384**
Genre et orientation sexuelle **332**
Gisti **156, 182, 206, 225, 249**
Gonococcies **448**
Grossesse, prise en charge médico psycho sociale **340**
Gynécologie sans frontières **383**

H

Handicapés, **153**
Hébergement et demande d'asile **33, 140, 144, 146**
Hébergement, étrangers malades **146**
Hébergement d'urgence **146**

Hébergement d'urgence des demandeurs d'asile (Huda), 145
Hématologie 473
Hépatites, **voir VHB et VHC**
HTA et maladies cardiovasculaires 499
HTA et maladies cardiovasculaires, complications 504
HTA et maladies cardiovasculaires, rapport médical pour le droit au séjour 507
Hypertension artérielle, **voir HTA**

I

Ikambere 423
Immatriculation, assurance maladie 200, 245, 268
Immigration 26
Immigrés 9
Importation, protection maladie 270
Inégalités d'accès aux soins 20
Infection à VIH, **voir VIH**
Infections sexuellement transmissibles (IST) 447
Instruction prioritaire, AME 255
Inter service migrants (ISM) 19
Interdiction judiciaire du territoire français (ITF) 101
Interdiction préfectorale de retour sur le Territoire Français (IRTF) 103
Interprétariat professionnel 16
Interprétariat professionnel, coordonnées des principales associations 19
Interruption volontaire de grossesse (IVG) 355
ISM Corum 19
ISM Est 19
ISM Inter service migrants 19
ISM Méditerranée 19
IST 447
ITF 101
IRTF 94
IVG 355

J

Juge de la liberté et de la détention (JLD) 116
Justificatif de domicile ou d'adresse, **voir Domiciliation**

L

Lits halte soins santé (LHSS) 147
Loase 520

M

Mana 19
Mariages forcés 385
Maternité et exil 337
Médecin traitant 200
Médecins du monde 178
Médecins en rétention, **voir Umcra**
Médiateurs de santé publique 14
Membres de famille de citoyens UE, **voir Citoyens de l'Union européenne (UE)**
Membres de famille, titre de séjour pour soins 80
Migrants 9
Migrants âgés, bilan de santé 329
Migrants âgés, protection maladie 281
Migrants âgés, protection sociale 152
Migrants âgés, santé mentale et troubles psychiques 408
Migrations santé Alsace 19
Mineurs, domiciliation 136
Mineurs isolés 160, 289
Mineurs isolés, détermination médico légale de l'âge (« âge osseux ») 160
Mineurs, protection maladie 289
Mineurs, protection sociale 158
Minimum invalidité, **voir Migrants âgés, protection sociale**
Minimum vieillesse, **voir Migrants âgés, protection sociale**
Mourir en exil 413
Mouvement français pour le planning familial 336
Mutilations sexuelles 380
Mycoplasmes 314

N

Névrose traumatique, **voir Syndromes psychotraumatiques**
Nutrition 350

O

Obligation de quitter le territoire français (OQTF)

76, 94
Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) 444
ODSE 444
Ofii, Office français de l'immigration et de l'intégration 28
Ofii, visite médicale obligatoire 30
Ofpra, Office français de protection des réfugiés et apatrides 32, 37
OQTF 76, 94
Ordre de Malte 119
Orientation sexuelle, identité de genre et discriminations 332

P

PAF, Police de l'air et des frontières 122
Paludisme 524
Paludisme, prévention en cas de voyage au pays 361
Panier de soins, Aide médicale État 259
Panier de soins, assurance maladie 225
Panier de soins, complémentaire CMU 237
Parasitologie 519
Parasitoses, dépistage 328, 520
Parcours de soins coordonné 201
Parents d'enfants malades, **voir Droit au séjour pour raison médicale**
PASS 175
Passeport, droit au séjour 60
Pathologie courante 468
Pathologies du voyage et de l'exil 391
Pays tiers 9
Pension de réversion, 153
Périnatalité 337
Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) 175
Pièces d'état civil, assurance maladie, 222
Pièces d'état civil, droit au séjour 53
Plafond de ressources, ACS 239
Plafond de ressources, aide juridictionnelle 130
Plafond de ressources, Aide médicale État 251
Plafond de ressources, complémentaire CMU 231
PMI 343
Police de l'air et des frontières (PAF) 122
Populations et définitions 8
Précarité et santé mentale 375, 390, 392, 404
Prestations familiales 88, 131, 155
Prestations familiales, citoyens de l'Union européenne 163
Prestations familiales, demandeurs d'asile 141, 143
Prestations familiales, étrangers malades 150, 264
Prestations familiales, retraités, **voir Retraités protection sociale**
Prestations familiales, réfugiés statutaires 38, 144, 151
Principes de soins et d'accompagnement 14
Prison 107
Procédures prioritaires, **voir Droit d'asile**
Protection de l'enfance, **voir Mineurs isolés**
Protection de la santé 300, 305
Protection maladie, droits selon le statut 207
Protection maladie, lexique et définitions 200
Protection maladie, notions clés 202
Protection maladie, Organisation et dispositifs 194
Protection maladie au delà des 3 premiers mois 209
Protection maladie pendant les 3 premiers mois 208
Protection maternelle et infantile (PMI) 343
Protection subsidiaire 38
Psychothérapie 391, 405
Psychotraumatisme, **voir Syndromes psychotraumatiques**
PTSD, **voir Syndromes psychotraumatiques**

R

Rapport médical pour le droit au séjour 51, 312
Rapprochement familial pour réfugiés 38
Reconduite à la frontière, **voir Éloignement et enfermement des étrangers**
Réfugiés 9
Régimes (codes), protection maladie 210
Regroupement familial 84, 151

Régularisation pour raison médicale, **voir Droit au séjour pour raison médicale**
Régularisation pour raison non médicale **47**
Régularité du séjour, assurance maladie **214**
Régularité du séjour, ayants droit **266**
Régularité du séjour, protection maladie **205**
Résidence (transfert de) **274**
Résidence habituelle en France, droit au séjour **46, 54, 73, 74**
Résidence habituelle en France, protection maladie **202, 281**
Ressortissants communautaires, **voir Citoyens de l'Union européenne (UE)**
Ressortissants de pays tiers **9**
Rétention administrative **113**
Retour dans le pays d'origine, **voir Voyage au pays et conseils médicaux**
Retraité (carte de séjour mention) **156, 193, 282, 284**
Retraités, protection maladie **281**
Retraités, protection sociale **152**
Retraite complémentaire, **152**
Retraite de base, **152**
Rétroactivité, Aide médicale État **257**
Rétroactivité, assurance maladie **223**
Rétroactivité, complémentaire CMU **235**
Revenu de solidarité active (RSA) **141, 148, 156**
Risque vieillesse, **152**
RSA **141, 148, 156**

S

Samu social **146**
Sans papiers **9**
Santé et sexualité **331**
Santé mentale, obstacles à l'accès aux soins **395**
Santé mentale et troubles psychiques **389**
Schistosomoses (bilharzioses) **523**
Schistosomoses, dépistage **326, 524**
Secret médical 40, **50, 73, 300, 317**
Secteurs 1 et 2, assurance maladie **201**
Sécurité sociale, **voir Protection maladie**
Sécurité sociale, immatriculation **200, 245, 268**
Sécurité sociale, numéro **220**
Sexualité **331**
Sida, **voir VIH**
Sida Info Service **423**
Sidaction **423**
Soins urgents et vitaux, Dispositif **179**
Sol en si **423**
Solidarité sida **423**
Solidarité transport (carte) **240, 261**
Soutien social et juridique **125**
Statut de réfugié **38**
Survivre au sida **423**
Syphilis **449**
Syndromes psychotraumatiques **397**
Syndromes psychotraumatiques, rapport médical pour le droit au séjour **407**

T

Tarif Sécurité sociale **201**
Taxe Ofii, **voir Droit au séjour**
Ticket modérateur **201**
Ticket modérateur, exonération **226, 237**
Ticket modérateur, montant **225**
Tiers payant **201, 226, 238, 261**
Titres de séjour pour être affilié comme ayant droit **216**
Titres de séjour pour être affilié sur critère socio professionnel **214**
Torture **309, 368**
Torture, clinique et prise en charge **374**
Torture, définition et formes **369**
Traduction orale, **voir Interprétariat**
Traitements cruels inhumains et dégradants **370**
Transfert de résidence **274**
Transport (réduction dans les) **240**
Trauma chez l'enfant **416**
Troubles psychiques, rapport médical pour le droit au séjour des étrangers malades **407**
Tuberculose **509**
Tuberculose, dépistage **328, 516**

Tuberculose, rapport médical pour le droit au séjour **515**
Tuberculose, services de lutte anti tuberculeuse **517**

U

Umcra, Unité médicale du centre de rétention administrative **115, 177**
Union européenne (UE), **voir Citoyens de l'Union européenne**

V

Vaccination **355**
Vaccination DTP **356**
Vaccination fièvre jaune **361**
Vaccination VHB **357**
Vaccination, voyage au pays **360**
Venir se soigner en France **187**
VHB (infection à) **451**
VHB, dépistage **328, 454**
VHB, rapport médical pour le droit au séjour **458**
VHB, vaccination **356, 454**
VHC (infection à) **460**
VHC, dépistage **328, 462**
VHC, rapport médical pour le droit au séjour **466**
VIH, associations de soutien **423**
VIH, dépistage **328, 427**
VIH, prévention **420**
VIH, rapport médical pour le droit au séjour **443**
VIH, Soins et accompagnement **431**
VIH, voyage au pays **366**
Violence et santé **368**
Violences au sein du couple et droit au séjour **388**
Violences liées au genre **380**
Visa de régularisation, **voir Droit au séjour**
Visa sanitaire (visa pour soins médicaux en France) **188**
Visa (savoir lire un) **182**
Vitale, **voir Carte Vitale**
Voyage à l'étranger et titre de séjour **86**
Voyage au pays et conseils médicaux **358**
Vulnérabilité et état de santé **12**

Z

Zone d'attente **31, 121**

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

Le Service de l'asile

Le Fonds pour le développement de la vie associative

Le Commissariat général à l'égalité des territoires

Sénat, réserve parlementaire

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Le Fonds asile migration et intégration (asile et intégration)

Les Agences régionales de santé d'Île de France et de Provence Alpes Côte d'Azur

La Caisse primaire d'assurance maladie du Val de Marne

La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris

Le Conseil régional d'Ile de France

Le Conseil général du Val de Marne

Sidaction Ensemble contre le Sida

Le Fonds Inkermann et la Fondation de France

L'association Aides

L'Assistance publique des hôpitaux de Paris

Le Centre hospitalo universitaire de Bicêtre

Le Barreau de Paris

La Fondation Abbé Pierre

Le Secours Catholique

Le Fonds de contributions volontaires des Nations unies pour les victimes de la torture

Le Fonds Transmission et Fraternité

TBWA\CORPORATE - ©Getty Images : Artistjaakko, Blend Images/Hill Street Studios, Jessica Islam Lia, Susan. K., Mint Images/Bill Miles, Rubberball/Becky Reed, Alyn Stafford, Joan Vicent Canto Roig - Réf. 3113-39015-L

LE COMEDE
contact@comedo.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

Ce guide a été réalisé avec le concours de :
La Direction générale de la santé

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé