

PRÉVENTION // // // // // SOINS PERSONNES ÉTRANGÈRES VULNÉRABLES ACCOMPAGNEMENT /



GUIDE PRATIQUE // // // // //
POUR LES PROFESSIONNELLE·S /
ÉDITION 2023



Article en version électronique disponible sur
guide.comede.org

Rédaction : textes rédigés par l'équipe du Comede,
relectures et validation avec Santé publique France.

Réalisation : EPICEUM

Crédits photos :

- Shutterstock / Jacob Lund, Mama Belle and the kids,
pixelheadphoto digitalskillet, ShotPrime Studio
- Fotolia / Andrei Nekrassov, Galina Barskaya,
Wavebreak Media

Impression : Fabrègue SA

AVANT-PROPOS

Édité depuis 1997 à l'usage des membres de l'association, le Guide Comede en est aujourd'hui à sa 5^e édition en partenariat avec Santé publique France. Une évaluation qualitative effectuée auprès des utilisateurs de l'édition 2015 a confirmé l'utilité et la richesse de ce guide pour les acteurs de terrain, ainsi que la légitimité apportée par un portage conjoint du Comede et de Santé publique France. Le besoin d'un guide plus opérationnel et plus souple d'utilisation dans les divers usages professionnels, notamment lors des déplacements sur le terrain, ainsi que les risques d'obsolescence rapide des informations ont également été mis en évidence.

Cette version 2023 revue et actualisée, dotée d'un nouveau graphisme pour la version imprimée, est désormais développée sous la forme de l'ouvrage que vous avez en main, abondamment complétée d'articles en ligne sur le site guide.comede.org. Ceux-ci pourront être régulièrement mis à jour et complétés selon les besoins des publics concernés et des professionnel·le·s qui les soignent et les accompagnent.

Pour faciliter la lecture du guide et la navigation sur guide.comede.org dans une approche pluridisciplinaire, nous avons maintenu le classement en quatre parties – repères, droits et accompagnement, accès aux soins, soins et prévention. Le site guide.comede.org propose également de nombreuses ressources complémentaires aux articles du Guide Comede, dont les autres publications du Comede et de Santé publique France dédiées à la santé des exilé·e·s et des migrant·e·s, parmi lesquelles les livrets de santé bilingues ou la lettre *Maux d'exil*. On y trouvera également les coordonnées des permanences téléphoniques du Comede ou de nos partenaires en région, ainsi que les premiers éléments de réponse aux questions les plus fréquentes.

Nous remercions toutes les personnes ayant contribué à la rédaction et à la mise à jour de ce guide fondé sur l'expérience de l'équipe du Comede auprès des exilé·e·s et en soutien des professionnel·le·s qui leur viennent en aide. La liste des membres de l'équipe du Comede et des partenaires ayant contribué aux différents articles, notamment au sein de Santé publique France et de la Direction générale de la santé, est disponible et mise à jour sur guide.comede.org.

Concernant l'usage du féminin (écriture inclusive), les textes de ce guide ont pris en compte les recommandations du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes (HCE), « Pour une communication publique sans stéréotypes de sexe. Guide pratique. Version 2022 », incluant l'usage de la règle de proximité qui consiste à accorder les mots avec le terme le plus rapproché. En outre, des termes féminins ou masculins sont également employés dans un sens générique, accordés avec le sexe majoritaire (« professionnelles de santé », « demandeurs d'asile », « droit des étrangers »).

SOMMAIRE

REPÈRES 7

- 1. **POPULATIONS ET DÉFINITIONS** 8
- 2. **EXIL, VULNÉRABILITÉ ET SANTÉ** 12
- 3. **INTERPRÉTARIAT ET MÉDIATION** 17
 - 3.1. Interprétariat professionnel 17
 - 3.2. Médiation en santé 21
- 4. **ACCÈS AUX SOINS DANS LES PAYS D'ORIGINE** 25

DROITS ET ACCOMPAGNEMENT 29

- 5. **ASILE ET IMMIGRATION** 30
- 6. **DROIT D'ASILE** 35
 - 6.1. Repères et panorama 35
 - 6.2. À la frontière
 - 6.3. En préfecture, procédure normale
 - 6.4. En préfecture, procédure accélérée
 - 6.5. En préfecture, procédure Dublin
 - 6.6. À l'Ofpra et à la CNDA
 - 6.7. Statut de réfugié et protection subsidiaire
 - 6.8. Refus de la demande d'asile
- 7. **DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE** 40
 - 7.1. Repères et panorama 40
 - 7.2. Principes de protection et textes applicables
 - 7.3. Évaluation préalable de la demande
 - 7.4. Dépôt et instruction de la demande
 - 7.5. Changement de statut pour raison médicale
 - 7.6. Défaut de passeport
 - 7.7. Le coût des démarches préfectorales
 - 7.8. Décisions administratives et recours
 - 7.9. Membres de famille et accompagnateurs
 - 7.10. Carte pluriannuelle pour raison médicale
 - 7.11. Changement de statut et carte de résident
 - 7.12. Voyager hors de France
- 8. **DOUBLE DEMANDE ASILE ET MALADIE** 46
 - 8.1. Repères fondamentaux 46
 - 8.2. Principes d'accompagnement
 - 8.3. Situations particulières (Dublin)

9. ÉLOIGNEMENT ET ENFERMEMENT DES ÉTRANGERS 51

- 9.1. Protection contre les mesures d'éloignement 51
- 9.2. Assignation à résidence pour raison médicale
- 9.3. Prison
- 9.4. Rétention administrative
- 9.5. Zones d'attente

10. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET JURIDIQUE 56

- 10.1. Principes d'accompagnement 56
- 10.2. Bilan social et juridique
- 10.3. Aide juridictionnelle
- 10.4. Domiciliation
- 10.5. Hébergement et logement
- 10.6. Scolarisation et université

11. PROTECTION SOCIALE SELON LE STATUT 59

- 11.1. Repères et panorama 59
- 11.2. Demandeurs d'asile
- 11.3. Bénéficiaire d'une protection internationale
- 11.4. Étrangers malades
- 11.5. Mineurs isolés étrangers
- 11.6. Migrant·e·s âgé·e·s et retraité·e·s
- 11.7. Citoyens de l'UE et membres de leur famille

ACCÈS AUX SOINS 65

12. ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS 66







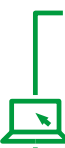


- 12.1. Conditions de l'accès aux soins 66
- 12.2. Permanences d'accès aux soins de santé
- 12.3. Dispositif de soins urgents et vitaux
- 12.4. Venir se soigner en France
- 12.5. Facture hospitalière
- 12.6. Retards, restrictions ou refus de soins

13. DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE 70

- 13.1. Organisation générale du système français 70
- 13.2. Bilan des droits et méthodologie 75
- 13.3. Assurance maladie
- 13.4. Complémentaire santé solidaire
- 13.5. Aide médicale de l'État




Article en version
électronique
disponible sur
guide.comede.org




14. PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT	79	18. SANTÉ MENTALE ET TROUBLES PSYCHIQUES	101
14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie	79	18.1. Repères et accès aux soins	101
 14.2. Personnes nouvellement arrivées en France		 18.2. Principaux troubles psychiques	
 14.3. Demandeurs d'asile		18.3. Conduites addictives	
14.4. Enfants mineurs		18.4. Enfants et adolescents	
14.5. Migrant·e·s âgé·e·s et retraité·e·s		18.5. Migrant·e·s âgé·e·s	
14.6. Bénéficiaires de droits dans un autre État		19. MALADIES NON TRANSMISSIBLES	105
		19.1. Repères et panorama	105
		 19.2. Asthme	
		19.3. Cancers	
		 19.4. Diabète	
		19.5. Drépanocytose	
		19.6. HTA et maladies cardiovasculaires	
		20. MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES	108
		20.1. Repères et panorama	108
		 20.2. Covid-19 et coronavirus	
		20.3. Covid-19, vaccination	
		 20.4. Infection chronique par le VHB	
		20.5. Infection chronique par le VHC	
		20.6. Infection par le VIH	
		 20.7. Infections sexuellement transmissibles	
		20.8. Parasitologie	
		20.9. Tuberculose	
		21. AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES	110
		 21.1. Pathologies courantes	110
		21.2. Handicap	
		INDEX	115

SOINS ET PRÉVENTION 85



15. PROTECTION DE LA SANTÉ ET CERTIFICATION 86

- 15.1. Principes juridiques et déontologiques 86
-  15.2. Certification médicale et demande d'asile
- 15.3. Certification médicale et droit au séjour

16. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ 91

- 16.1. Repères et panorama 91
-  16.2. Bilan de santé
- 16.3. Éducation thérapeutique du patient
- 16.4. Alimentation et activité physique
-  16.5. Périnatalité
- 16.6. Santé et sexualité
- 16.7. Santé bucco-dentaire
- 16.8. Saturnisme
- 16.9. Vaccination
-  16.10. Voyage au pays et conseils médicaux

17. VIOLENCE ET SANTÉ 96

- 17.1. Torture et traitements inhumains ou dégradants 96
-  17.2. Violences liées au genre
- 17.3. Mutilations génitales féminines
-  17.4. Vulnérabilités et violences en France



Le sommaire présenté ici sera progressivement complété sur le site guide.comede.org par d'autres articles à venir qui s'y intégreront selon l'évolution des besoins et les réglementations.



REPÈRES

L'état de santé des exilé·e·s est associé à de multiples facteurs de vulnérabilité - psychologique, sociale, juridique et médicale - dont les effets conduisent à identifier des situations et des populations prioritaires pour les actions de santé publique.

1. POPULATIONS ET DÉFINITIONS

Personnes migrantes, étrangères, demandeurs d'asile, réfugiés et déboutés, « sans-papiers » et « clandestins », étrangers malades ou encore mineurs non accompagnés, l'usage parfois indifférencié de ces termes résulte de la fragmentation du statut administratif des personnes concernées, avec la multiplication de situations d'attente qui durent souvent plusieurs années avant la stabilisation des conditions de vie. Il révèle également la grande diversité des cultures professionnelles et politiques des acteurs de la santé face à ces populations qui constituent la majorité des bénéficiaires des dispositifs de soins dédiés aux personnes vulnérables, en premier lieu les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les associations spécialisées. Dans ce contexte, les actions de santé à mettre en œuvre doivent identifier les situations prioritaires (« populations cibles »), associer les domaines d'intervention (prévention, soins, accès aux soins et aux droits) 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, en première instance auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) ou en recours auprès de la Cour nationale du droit d'asile (CNDA).

« **Dubliné** » : demandeur d'asile faisant l'objet d'une procédure selon le règlement européen du 26 juin 2013 dit Dublin, qui l'oblige à déposer son dossier dans le premier pays d'entrée en Europe.

Étranger : personne qui n'a pas la nationalité française. 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.

Mineur non accompagné : personne âgée de moins de 18 ans et qui se trouve en France séparée de ses représentants légaux.

Refugié ou « protégé subsidiaire » : au sens juridique, personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordée par l'Ofpra ou la CNDA.

Ressortissants de pays tiers : personnes ayant la nationalité d'un pays hors Union européenne.

Sans-papiers ou clandestin : étranger en séjour irrégulier. Par ces termes, leurs utilisateurs soulignent le caractère illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») ou légitime (attaches en France du « sans-papiers ») de la présence de la personne.

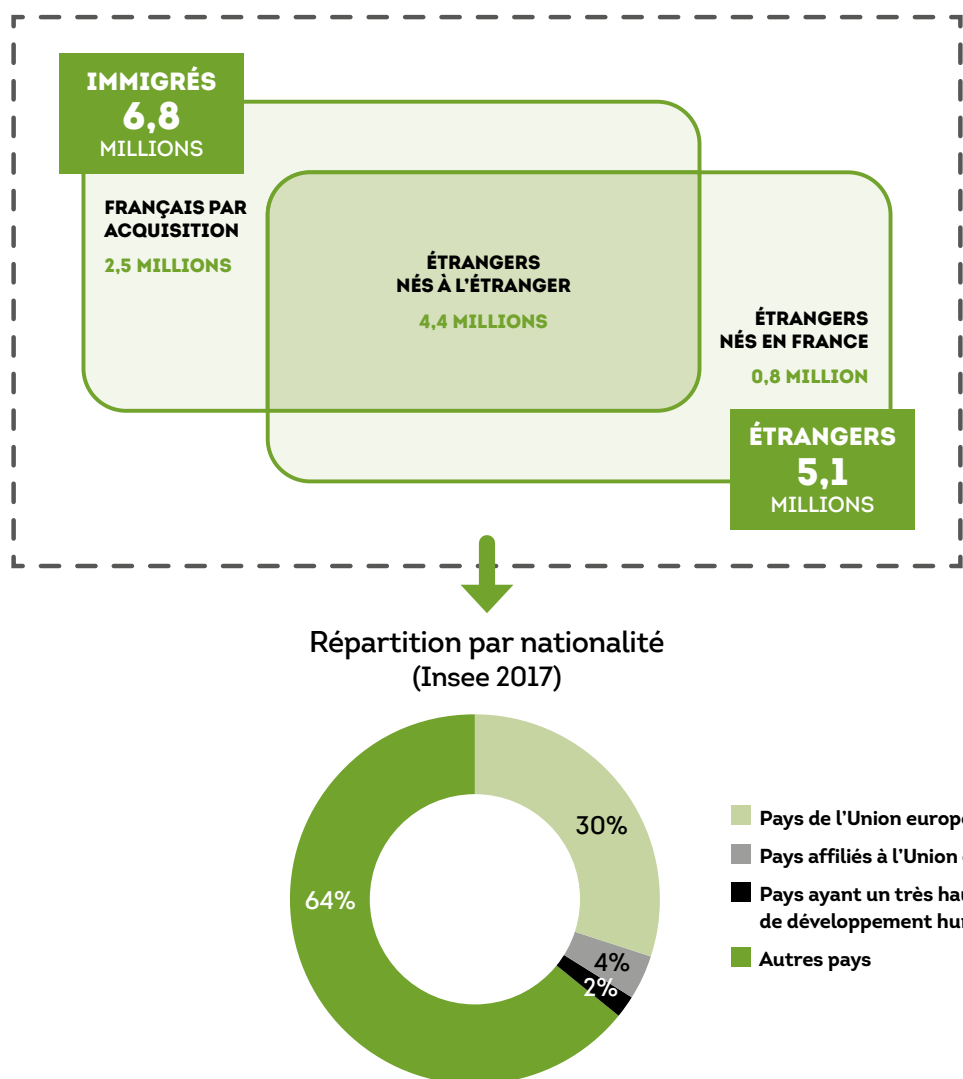
POPULATION GLOBALE ET RESSORTISSANTS DE PAYS TIERS

La France compte 6,8 millions d'immigrés (dont 37 % ont acquis la nationalité française) et 5,1 millions d'étrangers (Insee 2020), dont 34 % ont la nationalité d'un pays de l'Union européenne (UE) et pays affiliés (Espace économique européen + Andorre, Grande-Bretagne, Monaco et Suisse). Particulièrement exposés aux facteurs de précarité administrative et sociale, les ressortissants de pays tiers (hors UE) étaient 3,3 millions fin 2019.

Les ressortissants de pays tiers (hors UE) représentent les deux tiers des étrangers en France, et ceux dont l'indice de développement humain est peu élevé (IDH < 0,825) constituent près de la moitié de la population étrangère (2,2 millions, soit 48 %). En 2017, 50 % des ressortissants de pays tiers étaient des femmes, 20 % étaient âgés de moins de 15 ans et 19 % étaient âgés de plus de 55 ans. Ils et elles sont principalement originaires d'Afrique du Nord (38 %), d'Europe de l'Est (14 %), d'Afrique de l'Ouest (11 %), d'Afrique centrale (8 %) et d'Afrique australe (6 %), alors que certaines autres régions sont plus souvent représentées parmi les réfugiés (Asie de l'Est 12 %, Asie du Sud 12 % fin 2017), les demandeurs d'asile (Afrique de l'Est 14 %, Moyen-Orient 12 % en 2016) ou les migrants dans les départements d'outre-mer (Caraïbes 67 % en Guyane en 2016).

Figure 1. Populations d'étrangers et immigrés résidant en France

(Sources Insee 2020 et ministère de l'Intérieur 2019 - population générale 67,1 millions début 2020)



PUBLICS PRIORITAIRES ET GROUPES VULNÉRABLES

Certains groupes démographiques constituent des publics prioritaires pour les politiques publiques de santé et d'insertion, en raison de la fréquence des situations de vulnérabilité qu'ils et elles rencontrent et/ou de données épidémiologiques défavorables pour certaines maladies graves. Ces groupes vulnérables se recoupent largement.

Les femmes exilées : 50 % des ressortissant·e·s de pays tiers, 40 % des réfugié·e·s, 40 % des demandeurs d'asile, 38 % des migrant·e·s âgé·e·s de 60 ans et plus (47 % hors Afrique du Nord, Insee 2012). Elles sont principalement originaires d'Afrique du Nord (41 %), d'Europe de l'Est (15 %), d'Afrique de l'Ouest (9 %), d'Asie de l'Est (9 %), d'Afrique centrale (7 %) et des Caraïbes (4 %).

Les migrant·e·s âgé·e·s de plus de 60 ans : 320 000 ressortissant·e·s de pays tiers (Insee 2012), 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 %).

Les demandeurs et demandeuses d'asile et les réfugié·e·s : fin 2019, 309 000 personnes étaient placées sous la protection de l'Ofpra (79 % réfugiées et 21 % protections subsidiaires), qui enregistrait également 133 000 nouvelles demandes d'asile. En 2017, les demandeurs étaient principalement originaires d'Europe de l'Est (29 %), d'Afrique de l'Ouest (14 %), du Moyen-Orient (9 %), d'Afrique centrale (9 %), d'Afrique de l'Est (8 %) et d'Asie du Sud (7 %).

Les mineur·e·s particulièrement vulnérables : le nombre de mineur·e·s non accompagné·e·s (MNA) en France était estimé fin 2019 entre 31 000 (selon le gouvernement) et 40 000 (selon l'Assemblée des départements), ces données ne prenant pas en compte les jeunes non reconnus mineurs par le juge (58 % en 2018 selon Médecins sans frontières et le Comede). En outre, l'Ofpra comptait 22 000 mineurs « accompagnant » leur·s parent·s demandeur·s d'asile, et près de 800 mineurs demandeurs isolés en 2019, alors que 5 000 jeunes filles étaient protégées contre le risque de mutilation génitale fin 2016.

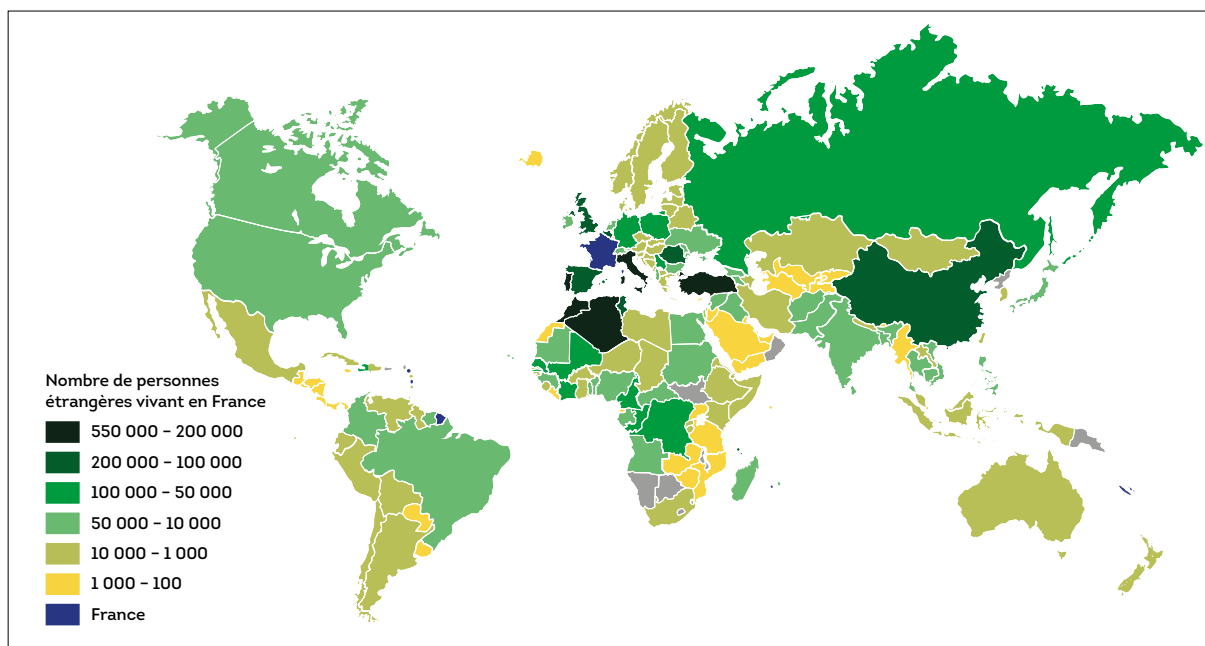
Les « étrangers malades » : en 2019, l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) recensait plus de 29 000 demandes de titre de séjour pour raison médicale (44 000 en 2017), dont 46 % concernaient une première délivrance de titre et 54 % un renouvellement. Âgés en moyenne de 43 ans, les demandeurs étaient majoritairement des hommes (55 %), originaires d'Afrique pour plus des deux tiers. Fin 2018, le ministère de l'Intérieur recensait 33 000 étrangers protégés pour raison médicale.

Les personnes victimes de la traite des êtres humains : en 2018, la Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (Miprof) recensait près de 3 000 victimes, dont plus de 2 000 aux fins d'exploitation sexuelle. La grande majorité de ces personnes étaient de nationalité étrangère (6 % de nationalité française), dont 48 % du Nigeria, 6 % de la Roumanie, 6 % du Maroc, 4 % du Vietnam, 4 % du Congo RD et 3 % de la Côte d'Ivoire.

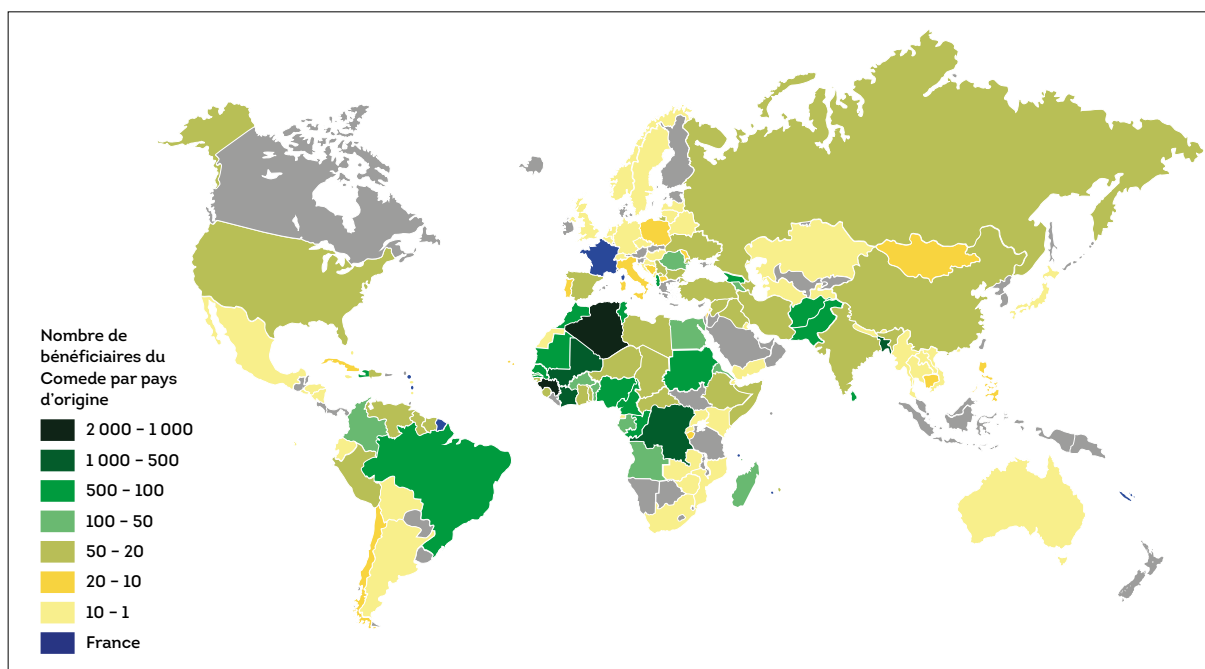
L'ensemble des étrangers en séjour précaire : fin 2019, le ministère de l'Intérieur comptait 906 000 titres de séjour de 10 ans et 303 000 « documents provisoires ». Le nombre d'étrangers en séjour irrégulier est généralement estimé à plus de 400 000 personnes, incluant 368 890 bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) en septembre 2020. Ces personnes sont notamment soumises à des situations de privation de liberté durant certaines périodes (70 000 en 2018).

Carte 1. Pays d'origine des personnes étrangères vivant en France

Hors ressortissants UE, Espace économique européen et Suisse, Insee 2018



Carte 2. Bénéficiaires du Comede en 2019 et 2020



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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

Insee, *Nombre d'immigrés et d'étrangers en 2020*, www.insee.fr

Insee, *Nationalités et pays de naissance détaillés. Recensement de la population 2018*, www.insee.fr

Ministère de l'Intérieur, *Les étrangers en France, rapport au Parlement sur l'année 2019*, www.immigration.interieur.gouv.fr

Ofpra, *Rapports annuels d'activité*, www.ofpra.gouv.fr

2. EXIL, VULNÉRABILITÉ ET SANTÉ

En raison des événements qui l'ont provoquée dans le pays d'origine et de ceux survenus durant le trajet vers l'Europe (violences, persécutions, deuils) ainsi que 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 (voir article précédent). Les actions de santé à destination des migrants/étrangers doivent ainsi tenir compte des données disponibles en matière d'épidémiologie médico-psychologique et de déterminants sociaux de la santé, mais aussi et en premier lieu de la diversité des personnes et de la singularité des parcours de vie.

EXPÉRIENCE ET TRAUMATISME DE L'EXIL

L'histoire des exilé·e·s est jalonnée de conflits et de ruptures multiples, résultant souvent d'une double violence, politique et économique. Migration contrainte, 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 récurrence 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. Lorsque la protection est accordée aux réfugié·e·s, celle-ci peut exacerber des sentiments de honte et de déshonneur. En sollicitant l'asile, la personne exilée 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 familial peut représenter la perte du monde maternel, un monde peuplé d'objets qu'on aimait sans bien comprendre pourquoi, et qu'on ne reverra jamais : son enfance. Pour certaines personnes, ce deuil multiple est aggravé par la disparition - au sens littéral - des proches. Les semaines, les mois, les années passent sans nouvelle, 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·e, 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 châtiement 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 celles et 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 personnes étrangères atteintes d'une maladie grave dont le traitement est inaccessible au pays d'origine (voir 7. Droit au séjour pour raison médicale, page 40) se trouvent dans une situation d'exil thérapeutique, le retour au pays signifiant la mort à court ou moyen terme.

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

Depuis 40 ans, les politiques toujours plus restrictives de « contrôle » de l'immigration et de l'asile ont conduit à une grande précarisation sociale des exilé·e·s. Les conditions d'hébergement se sont nettement dégradées au cours des dernières années (entre 2012 et 2020, la proportion de patient·e·s du Comede ayant vécu « dans la rue » est passée de 4 % à 18 %) et, des femmes enceintes aux mineurs non accompagnés en passant par les personnes malades ou en situation de handicap, la crise du dispositif d'hébergement d'urgence n'épargne personne. Des personnes exilées de plus en plus nombreuses 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 allophones (près de la moitié des patient·e·s du Comede ne peuvent communiquer en français, voir 3.1. Interprétariat professionnel, page 17).

La plupart des exilé·e·s ont subi des violences dans leur pays d'origine, sur le trajet d'exil ou durant les premiers mois de vie en France (voir 17. Violence et santé, page 96). Entre 2012 et 2017, 62 % des personnes ayant effectué un bilan de santé au Comede déclaraient des antécédents de violence selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (dont 81 % des demandeurs d'asile), 15 % déclaraient des antécédents de torture (dont 21 % des demandeurs d'asile) et 13 % des antécédents de violence liée au genre (dont 19 % des demandeurs d'asile). La présence des psychotraumatismes est étroitement corrélée à la fréquence et l'intentionnalité des violences subies, les personnes victimes de torture et de violence de genre étant trois fois plus souvent atteintes de troubles psychiques graves. La fréquence des antécédents de violence est également plus élevée parmi les personnes en situation de détresse sociale, en particulier concernant encore l'isolement relationnel, la précarité du quotidien et de l'hébergement.

Dans l'observation épidémiologique du Comede (voir tableau page 14), les psychotraumatismes représentent plus du tiers des maladies graves, et les maladies infectieuses un quart, les autres maladies chroniques représentant plus du tiers des maladies graves révélées à l'occasion du bilan de santé. Par ordre de fréquence, on dépiste en premier lieu des psychotraumatismes, maladies cardiovasculaires, infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB), diabète, infection chronique par le virus de l'hépatite C (VHC), asthme persistant, infection par le VIH, cancer et tuberculose, outre les parasitoses à risque évolutif grave (voir en ligne 16.2. Bilan de santé). Les trois quarts des maladies graves retrouvées lors du bilan de santé ont été découvertes après l'arrivée en France.

La répartition des maladies graves diffère sensiblement selon les groupes vulnérables :

- les femmes exilées sont plus souvent atteintes que les hommes d'infection à VIH (x 5), de cancer (x 3), de maladies cardiovasculaires (x 2), ainsi que de troubles psychiques graves (x 1,5) ;
- les demandeurs d'asile soignés sont plus souvent atteints de syndromes psychotraumatiques et traumatismes complexes, en lien avec la fréquence des antécédents de violence intentionnelle ;
- les migrants âgés de plus de 60 ans sont principalement atteints de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'infection chronique par le VHC (en particulier pour l'Afrique centrale) ;
- les enfants mineurs de moins de 18 ans sont principalement atteints d'infection chronique par le VHB, de troubles psychiques graves, ainsi que de schistosomose urinaire parmi les jeunes d'Afrique de l'Ouest ;
- enfin, si l'on considère l'origine géographique, les exilés originaires d'Afrique cumulent les risques de maladie grave.

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 du Comede, les trois quarts des obstacles constatés relèvent des dysfonctionnements de la sécurité sociale, et un quart sont dus aux dysfonctionnements des dispositifs de soins, dont l'hôpital public sollicité en priorité par ces patients démunis, avec soins différés « dans l'attente de l'ouverture des droits » et risque d'aggravation de l'état de santé.

Tableau 1. Caractéristiques démographiques des malades et taux de prévalence par région d'origine

Taux pour 1 000 personnes, parmi 11 091 patients suivis en médecine au Comede, 2010-2020

Les cases en vert clair signalent des occurrences supérieures à la moyenne

	Cas		Âge méd.	Diagnostic		Prévalence (taux pour 1 000)							
	n	Fem %		pays	Fra.	AFC	AFE	AFO	AFN	ASC	ASS	EUE	total
Trouble psy.	2 450	37%	31 ans	3%	7%	250	222	280	124	415	155	308	221
- psychotraumatiques	1 498	36%	30 ans	2%	6%	157	146	191	31	235	82	152	135
- autres troubles	952	39%	33 ans	4%	9%	93	76	89	93	180	73	156	86
Mal. cardiovascul.	804	50%	51 ans	50%	61%	162	10	55	66	16	43	70	72
Infection à VHB	723	18%	32 ans	8%	21%	60	48	128	15	66	29	28	65
Diabète	565	30%	46 ans	53%	65%	61	13	27	112	5	79	24	51
Infection à VIH	174	70%	35 ans	26%	33%	29	16	27	-	-	-	9	16
Infection à VHC	169	38%	45 ans	17%	31%	31	0	6	19	27	6	70	15
Asthme persistant	158	33%	37 ans	67%	79%	9	10	13	23	16	20	16	14
Anguillulose	142	15%	32 ans	0%	0%	15	-	12	-	-	18	2	13
Bilharziose urinaire	75	21%	32 ans	60%	64%	2	6	21	-	-	-	-	7
Tuberculose	68	11%	23 ans	0%	0%	10	3	7	0	11	4	3	6
Cancer	53	30%	33 ans	4%	19%	8	-	4	19	5	2	16	5

Colonnes : Nombre de cas, pourcentage de femmes et âge médian parmi les malades. Diagnostic : part des diagnostics connus dans le pays d'origine (pays) et total des diagnostics connus en France avant le recours au Comede (France). Région d'origine : AFC : Afrique centrale, AFE : Afrique de l'Est, AFN : Afrique du Nord, AFO : Afrique de l'Ouest, ASC : Asie centrale, ASS : Asie du Sud, EUE : Europe de l'Est.

Plus largement, les exilé·e·s sont confronté·e·s 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 page 36) connaît notamment une application plus restrictive au cours des dernières années (diminution du nombre des demandes enregistrées et de la proportion d'avis favorables, introduction d'un délai contraint pour le dépôt de la demande « étrangers malades » concernant les demandeurs d'asile). En matière de droit d'asile et de reconnaissance du statut de réfugié, la fréquence du recours au « certificat médical » pose d'importantes questions juridiques et éthiques (voir page 36).

PRINCIPES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT

Les intervenant·e·s 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 intervenant·e·s professionnel·e·s, salarié·e·s 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 intervenant·e·s motivé·e·s pour une pratique patiente et ouverte. Les pratiques caritatives sont à éviter lorsqu'elles agissent au détriment de l'autonomie de la personne. Il est important d'informer et de laisser libre choix à la personne de la perspective des soins proposés et définis ensemble.

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 en ligne [16.2 Bilan de santé](#)). Les questions de prévention et de dépistage doivent intégrer les éléments culturels communs à toutes les personnes étrangères en séjour précaire, une culture de la survie où les démarches administratives et sociales priment sur 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·e avocat·e spécialisé·e. 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 possibles, préjudiciables pour la santé (réactivation de psychotraumatisme par exemple) et le droit des étrangers, de la certification médicale (voir 15.1. Protection de la santé et certification : principes juridiques et déontologiques, page 86) destinée au droit au séjour pour raison médicale et/ou à la demande d'asile, et plus largement face à la multiplicité des demandes de certificat à l'appui de démarches administratives. Il faut enfin connaître les obstacles rencontrés dans la pratique pour l'obtention de ces droits et les moyens de les surmonter, 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 la personne exilée 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 la délivrance des soins médico-psychologiques et constitue une base essentielle à tout projet thérapeutique.



Attention

Les soins et l'accompagnement nécessaires ne doivent pas être différés au prétexte d'une « situation difficile posée par une personne étrangère » ou d'une vulnérabilité particulière. Tout au contraire, la mobilisation de l'interprétariat, le réflexe d'accompagner, même physiquement, 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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

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

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

OMS, *Comblé 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, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44083>

Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France, *Revue La santé en action*, www.santepubliquefrance.fr

3. INTERPRÉTARIAT ET MÉDIATION

3.1. Interprétariat professionnel

Utilisé depuis de nombreuses années par des acteurs de santé intervenant auprès des personnes exilées, l'interprétariat professionnel a été reconnu en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé, puis a fait l'objet, en 2017, d'un référentiel de bonnes pratiques élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) en s'appuyant sur les travaux réalisés par les associations spécialisées et notamment la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. Cette reconnaissance ouvre la voie au développement des financements et du recours à l'interprétariat professionnel par les acteurs de la santé accompagnant des personnes allophones (non francophones), pour lesquelles les ressources existent notamment au travers du Réseau de l'interprétariat médical et social (Rimes, voir le tableau des associations membres page 20).



Définition

de l'interprétariat dans le domaine de la santé, selon la HAS et la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France :
« L'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé désigne la fonction d'interface, assurée entre des patients/ usagers et des professionnels intervenant dans leur parcours de santé et ne parlant pas une même langue, par des techniques de traduction. »

ENJEUX DU RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL

Les problèmes de langue constituent souvent la principale difficulté de prise en charge pour les personnes migrantes. Dans l'observation du Comede, la proportion de personnes non francophones (allophones) suivies en consultation est significative pour toutes les régions d'origine, plus élevée encore parmi les personnes exilées d'Europe de l'Est (82%), d'Asie du Sud (73%), du Moyen-Orient (68%) et d'Afrique de l'Est (53%). Pourtant, faute de recours à l'interprétariat professionnel, de nombreux services de santé font intervenir des personnes « accompagnantes », dont le faible niveau de maîtrise des deux langues et la nature de leur relation avec le patient·e (famille ou proche aux intérêts parfois divergents de ceux de la personne accompagnée, service payé, etc.) présentent des risques pour le secret professionnel, la qualité des soins et la relation thérapeutique. L'absence d'interprète peut également compromettre l'accès aux soins des personnes allophones et conduire à des refus, retards et restrictions de soins.

Pour les personnes allophones, le recours à l'interprétariat professionnel doit être privilégié dans le domaine de la santé, en limitant le recours aux personnes accompagnantes, tierces, non formées à l'interprétariat ou encore aux sites et applications de traduction. Des associations spécialisées, et à but non lucratif, proposent des services d'interprétariat par déplacement (en « présentiel »), par téléphone ou en visioconférence (voir page 20, c'est le cas des membres du Rimes). Bénéficiant d'une formation à l'intervention spécifique en milieu médico-psychosocial, les interprètes sont tenu·e·s à la fidélité de la traduction, à l'impartialité et au secret professionnel.

Parfois évoquée dans le domaine de la santé des personnes migrantes, la notion de « malentendu

culturel » recouvre la plupart du temps des situations où la personne a été « mal écoutée », faute de recours à l'interprétariat. La présence d'interprètes professionnel·le·s dès l'accueil des structures médicales et sociales et tout au long des parcours de soins permet d'établir une communication de qualité, et 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. Enfin, elle garantit le respect des droits des patient·e·s et notamment du droit à l'information, au consentement libre et éclairé, du droit au respect de leur vie privée et au secret des informations les concernant.

Exclusion liée à la maladie, interprétariat et confidentialité. Certaines maladies, en particulier les maladies sexuellement transmissibles et le VIH-sida, peuvent générer une forte stigmatisation des personnes atteintes. On peut retrouver chez elles des éléments de honte, de secret et de culpabilité favorisant un retrait, une exclusion sociale. Pour prévenir ces phénomènes possibles de stigmatisation, il est alors d'autant plus nécessaire de prêter attention au respect de la confidentialité de la pathologie du/ de la patient·e, tout particulièrement au sein de « sa communauté » et vis-à-vis des membres de l'entourage.

ORGANISATION DU TRAVAIL ET DU RECOURS À L'INTERPRÉTARIAT

Les interprètes ne sont pas des « boîtes noires » ou des machines à traduire. Le dispositif de la consultation devient alors une véritable consultation à trois. Du côté du/de la patient·e, l'interprète est investi·e d'une attente en matière de fidélité de la traduction, mais sa personne est aussi la destinataire de représentations et d'affects, positifs et négatifs. Du côté des soignant·e·s, la présence d'une tierce personne 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-psychosocial. La formation continue des interprètes professionnel·le·s doit ainsi intégrer des supervisions individuelles ou de groupe, afin de les soutenir dans l'élaboration des résonances personnelles dans leur pratique.

Quelques règles simples pour une consultation avec un·e interprète :

- faire confiance à l'interprète qui 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·e garde le contact avec les autres ;



Attention

À la demande de la ministre des Solidarités et de la Santé, la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a formulé en avril 2019 des propositions pour faciliter le recours des patient·e·s à l'interprétariat professionnel à l'hôpital comme dans les cabinets médicaux, et dessiné l'économie générale du secteur en précisant les ressources nécessaires et leurs modalités de financement.



À noter :

En octobre 2017, la HAS a élaboré un Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques concernant l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé. Dans la partie relative aux bonnes pratiques, elle « considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical ».

- présenter l'interprète au/à la patient·e ;
- ne pas s'adresser uniquement à l'interprète (importance du langage corporel) ;
- prendre patience, 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) ;
- éviter que l'interprète ne se retrouve en tête-à-tête avec le/la patient·e ;
- être attentif·ive au ton employé par le/la patient·e et l'interprète lors de leurs échanges ;
- être vigilant·e vis-à-vis d'un éventuel manque de confiance des patient·e·s envers les interprètes qui les retiendraient de partager certains éléments (notamment en lien avec l'appartenance à une religion ou à une minorité de genre ou sexuelle réprimée) ;
- après l'entretien, échanger avec l'interprète sur les éventuelles difficultés linguistiques et/ou personnelles rencontrées pour traduire.

La prise en charge du coût de l'intervention d'un·e interprète professionnelle doit être organisée à l'avance. Des conventions peuvent être établies entre les organisations d'interprètes et de santé, permettant d'accéder en présentiel ou par téléphone très rapidement à une personne interprète (voir page 20). Des financements dédiés peuvent être obtenus notamment auprès des agences régionales de santé (ARS). Des projets spécifiques existent avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Si aucun service d'interprétariat professionnel, présentiel ou par téléphone, n'est disponible, il est possible d'avoir recours ponctuellement à l'aide de soignant·e·s bilingues. Enfin, en dernier recours, on peut n'avoir d'autre choix que de solliciter une personne accompagnante comme interprète. Dans ce cas, il est indispensable de s'enquérir de la nature du lien entre l'accompagnant·e et la personne patiente, et de s'assurer du consentement du/de la patient·e à cette démarche. Il est utile de rappeler à la personne accompagnante de tout traduire, et de ne rien ajouter au discours du/de la patient·e. En cas de difficulté, il est parfois nécessaire de lui demander de se retirer de l'entretien. Dans tous les cas, le recours à des enfants pour assurer l'interprétariat devrait être proscrit afin d'éviter un renversement de la responsabilité entre parents et enfants.

ASSOCIATIONS MEMBRES DU RÉSEAU DE L'INTERPRÉTARIAT MÉDICAL ET SOCIAL (RIMES)

Créé en 2019, Rimes est composé des associations ayant élaboré, en 2012, la Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France. Le réseau a pour objet de :

- promouvoir et développer l'interprétariat médical et social professionnel et en garantir la qualité ;
- favoriser la formation et la recherche dans le domaine de l'interprétariat médical et social ;
- promouvoir, pour les interprètes, un statut professionnel en adéquation avec les compétences exigées.

Selon ses membres, « *Rimes vise à renforcer la qualité des services d'interprétariat professionnel en France dans les domaines médical, social, administratif et éducatif, et à faire reconnaître l'importance de l'interprétariat professionnel pour des parcours d'intégration réussis et pour l'égalité d'accès aux droits* ».

Tableau 2. Coordonnées des associations membres du réseau RIMES

Associations	Adresse	Contact	Téléphone
Adate , Association dauphinoise pour l'accueil des travailleurs étrangers	96, rue Stalingrad 38100 Grenoble	www.adata.org adata@adata.org	04 58 17 64 86
Aptira , Association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers	34, rue des Noyers 49100 Angers	accueil@aptira.org	02 41 88 64 33
Asamla , Association santé migrants Loire-Atlantique	5, place Anatole France 44000 Nantes	www.asamla.fr contact@asamla.org	02 40 48 51 99
Cofrimi , Conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations	108, route d'Espagne 31100 Toulouse	www.cofrimi.com contact@cofrimi.com	05 34 60 12 71
ISM Corum	32, cours Lafayette 69003 Lyon Cedex 03	www.ismcorum.org interprete@ismcorum.org	04 72 84 78 90
ISM Interprétariat , Inter service migrants interprétariat	90, avenue de Flandre 75019 Paris	www.ism-interpretariat.fr contact@ism-mail.fr	01 53 26 52 50
Migrations Santé Alsace	24, rue du 22 novembre 67000 Strasbourg	www.migrationssante.org contact@migrationssante.org	03 88 22 60 22
Osiris Interprétariat	10, boulevard Cassini 13004 Marseille	www.osiris-interpretariat.org contact@osiris-interpretariat.org	07 67 78 67 95
Réseau Louis Guilloux	Bâtiment le Samara 12 ter, av. de Pologne 35200 Rennes	www.rlg35.org	02 99 32 91 57

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Comede, *Traduire pour ne pas trahir*, Maux d'exil, n° 49, 2016, www.comede.org

IGAS, *Le modèle économique de l'interprétariat linguistique en santé, Rapport avril 2019*, www.igas.gouv.fr

HAS, *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques*, 2017, www.has-sante.fr

Orspere-Samdarra, *L'interprétariat en santé mentale, Les cahiers de Rhizome*, n° 55, 2015, www.orspere-samdarra.com

Rimes, *Charte de l'interprétariat médical et social professionnel en France*, www.migrationssante.org

3. INTERPRÉTARIAT ET MÉDIATION

3.2. Médiation en santé

La médiation en santé est une approche pertinente en réponse à des objectifs de santé publique tels que la réduction des inégalités de santé et l'amélioration de l'accès aux droits, aux soins et à la prévention des personnes éloignées du système de santé. Elle s'adresse autant aux personnes qu'aux acteurs de la santé et se positionne dans une fonction d'interface temporaire afin de favoriser une meilleure intercompréhension. Créatrice de lien, elle œuvre à l'évolution des représentations et des pratiques entre le public et les institutions de santé. Dotée d'un statut par le législateur depuis 2016, elle s'inscrit dans un cadre de référence qui structure l'activité des médiateurs et médiatrices. La mise en place de la médiation santé doit être une phase transitoire, une passerelle vers des changements de représentations des acteurs de la santé envers les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité, et permettre ainsi une adaptation du système de santé à leur accueil et prise en charge ; cet objectif étant constitutif de toute action d'un médiateur ou d'une médiatrice.

CADRE LÉGISLATIF, PUBLIC VISÉ ET DÉMARCHE

Une reconnaissance récente par la loi. Introduite dans le Code de la santé publique par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, puis précisée par le décret n° 2017-816 du 5 mai 2017, la médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités (article D1110-5 CSP). À ce titre, la HAS a été chargée d'élaborer un référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques sur la médiation en santé en direction des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

Le public visé est constitué des personnes en situation de grande précarité, qui ne sont pas exclusivement exilées, très éloignées du système de santé de droit commun. Sans nier la présence d'un contexte explicatif lié à la culture et au fait migratoire, les inégalités en matière de santé rencontrées par les exilé·e·s sont plutôt à mettre en lien avec la précarité des conditions de vie en France et divers obstacles à l'accès aux soins : d'un côté, complexités administratives liées au droit au séjour entraînant des difficultés à faire valoir les droits à la protection maladie, obstacles représentés par la non-maîtrise de la langue, méconnaissance de l'organisation des structures de santé et de leurs codes, et de l'autre côté, représentations erronées des conditions de vie et des statuts des personnes exilées, pratiques discriminatoires qui peuvent entraîner des renoncements aux soins, etc.

Une démarche « d'aller-vers » et de « faire avec ». La médiation en santé représente un processus de transformation de la relation sociale dans le but de promouvoir l'accès à la santé des publics les plus précaires. Elle emprunte aux principes de l'aller-vers et inverse la démarche de la rencontre entre l'intervenant et le « public cible ». Ce n'est pas la personne qui se déplace vers une consultation, mais l'intervenant qui se rend sur les lieux de vie : lieux d'habitat (bidonvilles, à la rue, centres d'hébergement...), lieu d'activité (par exemple, situation de prostitution). S'il s'agit, dans la plupart des cas, de déplacements

physiques effectués par un médiateur ou une médiatrice intervenant seule ou en équipe, l'aller-vers peut aussi se concevoir sous forme d'une plus grande hospitalité ou accessibilité des structures de santé, tel qu'un dispositif d'accueil plus adapté ou facilitant en direction d'un public dont les barrières auraient été préalablement identifiées (ex. intégration d'un médiateur santé dans un service de médecine interne en soutien de l'éducation thérapeutique des patients exilés, recours systématique à l'interprétariat professionnel). La médiation en santé intègre l'idée de ne pas substituer l'action du médiateur ou de la médiatrice à celle des personnes, mais bien de « faire avec » elles, en remobilisant celles-ci autour de leur santé le cas échéant, mais aussi dans le but de renforcer progressivement leur capacité d'agir et leur autonomie dans la prise en charge de leur santé.

MISSIONS DU MÉDIATEUR / DE LA MÉDIATRICE

Le médiateur travaille avant tout en proximité avec les publics et les structures de santé. Il s'emploie à lever les obstacles qui se présentent dans le parcours de soins individuel et en favorise une meilleure coordination, le cas échéant.

En direction du public ciblé, il tente de développer les connaissances des personnes pour un accès autonome aux soins et à la prévention dans les services de santé de droit commun, en tenant compte des déterminants sociaux. En pratique, le médiateur :

- présente et explicite le rôle, les conditions d'accès et le fonctionnement des acteurs de santé présents sur le territoire : sécurité sociale, hôpitaux (en particulier les services Pass, urgences et maternité), Protection maternelle et infantile (PMI), plannings familiaux, centres de dépistage, centres municipaux de santé, médecine de ville, etc. ;
- informe sur les droits à la sécurité sociale, aide à constituer la demande de protection maladie ;
- assure au besoin, pour les personnes les moins autonomes, les prises de rendez-vous avec un médecin généraliste, un spécialiste ou un dispositif de prévention, et effectue le cas échéant des accompagnements physiques aux rendez-vous ;
- crée, voire co-construit avec les personnes des outils de prévention adaptés, notamment à la langue ou aux capacités en matière de lecture, afin d'améliorer l'information sur la santé, la relation avec les professionnels de santé et plus généralement pour développer l'autonomie ;
- mobilise le public par des actions autour de la prévention santé (ateliers collectifs, groupes de parole) avec d'autres professionnel·le·s de santé, notamment dans une approche de santé communautaire ;
- co-anime avec les autres professionnel·le·s de santé des ateliers d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique sur diverses pathologies chroniques.

En direction des structures de santé (administrations, lieux de soins et prévention) : il mobilise les acteurs de santé et favorise une meilleure connaissance des populations en situation de vulnérabilité pour améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi de ce public au sein des structures. Il effectue un important travail de sensibilisation, d'adaptation de l'accueil, d'information sur les conditions de vie des patients et de déconstruction des représentations, notamment à caractère culturaliste. Lorsqu'il est intégré dans une équipe hospitalière, il participe à l'organisation du parcours de soins du patient en partenariat avec les soignants.

CADRE DE RÉFÉRENCE ET PRINCIPES DÉONTOLOGIQUES

Dans son référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques, la HAS retient pour la médiation en santé les grands principes déontologiques suivants :

- la confidentialité et le secret professionnel : le médiateur en santé est soumis au secret professionnel de la même manière que les autres professionnels de santé ;

- le non-jugement sur les idées, croyances ou choix exprimés par les personnes ;
- le respect de la volonté des personnes et de leurs choix, impliquant de s'assurer, à l'instar des autres professionnelles, de la réalité du consentement aux soins.

La tenue d'une posture médiane est centrale dans l'activité du médiateur. Tout en œuvrant à la construction d'un lien de confiance, il ne représente pas l'une ou l'autre partie et doit obtenir la reconnaissance des deux. Toutefois, par sa présence et son action, il interroge et tente de rééquilibrer la relation nécessairement asymétrique entre patient ou soignant, ou bien usager et institution, laquelle est fortement accentuée dans la situation des personnes exilées.

Formations en médiation en santé

- D.U. médiation en santé, Paris 13, UFR de santé médecine et biologie humaine
- D.U. médiation de la santé, université de Guyane - DFR santé
- Master 2 parcours santé, migrations, médiations, université de Bordeaux
- D.U. médiations en santé - approche transculturelle - processus de médiations, université Paris Cité - UFR médecine
- D.U. santé, société et migration (module 5 médiation et interprétariat), universités de médecine de Lyon/Saint-Étienne piloté par l'Orspere-Samdarra

Champ délimité d'intervention : le médiateur en santé est un agent de proximité, au croisement de différents métiers. Il se situe bien en complément des fonctions du travailleur social et du professionnel de santé et ne s'y substitue pas. Les missions du médiateur en santé et ses compétences se distinguent également de celles d'un interprète professionnel, bien que le médiateur ait parfois besoin de connaître la langue de son public pour assurer l'interface avec les acteurs de santé. Il n'a toutefois pas à être sollicité pour réaliser une traduction. L'interprétariat professionnel (en présentiel ou par téléphone) trouve en revanche toute sa place dans un dispositif global de médiation à mettre en place par une structure de santé. Le référentiel de la HAS *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*, paru en 2017, en fournit un état des lieux et les orientations principales.

Un métier à conforter. En dépit de sa reconnaissance légale, la médiation reste définie comme une fonction. Le métier de médiateur n'est que peu ou pas pris en compte au sein des conventions collectives et n'est pas intégré dans les professions de santé récapitulées par le Code de la santé publique. Adossés le plus souvent à des dispositifs d'emplois aidés, les contrats des médiateurs et leurs rémunérations demeurent précaires à ce jour.



À noter :

À la différence de la médiation interculturelle, la médiation en santé ne focalise pas son intervention sur la relation entre des personnes aux cultures diverses.



À savoir :

Sous le nom de médiation en santé par les pairs, certains projets privilégient le recrutement de médiateurs dans la population cible de leur action, en référence à l'appartenance à une communauté, à une classe d'âge, au vécu commun d'une maladie, à la prostitution ou à l'usage de drogues, etc.

Référentiel HAS sur la médiation en santé

Figure 2. Objectifs de la médiation en santé

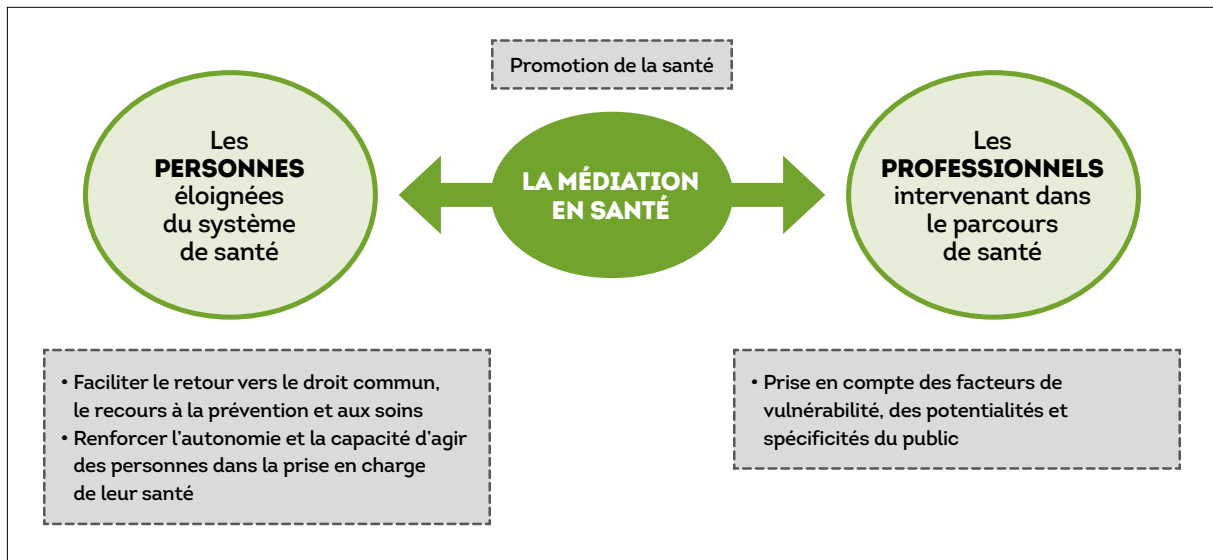


Tableau 3. Caractéristiques communes des projets de médiation en santé

PUBLIC CIBLE	Publics vulnérables, éloignés des dispositifs socio-sanitaires de droit commun et qui échappent aux professionnels de la santé et du social.
OBJECTIF GÉNÉRAL	Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en favorisant le retour vers le droit commun : accompagner les populations vulnérables vers le système de prévention et de soins et faciliter leur intégration dans le parcours de santé.
MOYENS	Développer des actions s'inscrivant dans « l'aller-vers » et le « faire avec » : tous les projets de médiation en santé proposent des solutions sur mesure, certains professionnels se déplacent au domicile, réalisent des accompagnements physiques vers les acteurs du parcours pour faciliter la relation de confiance et pour permettre, à terme, une autonomisation de chacun dans son parcours de soins.
ACTIVITÉS COMMUNES AUX PROJETS DE MÉDIATION	<ul style="list-style-type: none"> • (Re)créer la rencontre avec les populations concernées (populations vulnérables et professionnels de santé / institutions), et instaurer une relation de confiance. • Faciliter la coordination du parcours de santé. • Favoriser des actions collectives de promotion de la santé en partenariat avec les professionnels de santé compétents et éventuellement des associations. • Participer aux actions structurantes du projet (veille, partenariat, travail d'équipe, remontée des dysfonctionnements du système, etc.).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Santé en action. La médiation en santé : un nouveau métier pour lever les obstacles aux parcours de soin et de prévention. Dossier, n° 460, juin 2022. www.santepubliquefrance.fr

Haute Autorité de santé, Référentiel HAS. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, octobre 2017, www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé, Référentiel HAS. Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, octobre 2017, www.has-sante.fr

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 90. 2016-41, janvier 2016 & Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, www.legifrance.gouv.fr

Programme national de médiation en santé en direction des populations en situation de vulnérabilité, www.mediation-sanitaire.org

Délégation interministérielle à la ville, groupe de travail interministériel et interpartenarial sur les emplois dits « de médiation sociale », Charte de référence de la médiation sociale, octobre 2001, www.francemediation.fr

4. ACCÈS AUX SOINS DANS LES PAYS D'ORIGINE

Afin d'appréhender au mieux le contexte des demandes de soins et d'accompagnement des personnes migrantes, il est très utile de pouvoir rassembler des informations sur leurs parcours de soins, notamment dans leur pays d'origine. Or, pour beaucoup d'entre elles, originaires de pays en développement marqués souvent par un déficit en termes de « bonne gouvernance » (selon les définitions de l'ONU) et d'importantes inégalités sociales, ce parcours est caractérisé par un accès limité, voire impossible, à des soins de qualité et appropriés à leur état de santé.

INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS ENTRE LES PAYS ET ENTRE LES INDIVIDUS

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 prénataux. Les connaissances en matière de santé augmentent rapidement. Malgré cela, l'espérance de vie corrigée de l'état de santé (ou espérance de vie en bonne santé, EVCS, indicateur de l'OMS) variait toujours largement en 2019 entre le Lesotho (44 ans) et la France (72 ans). Douze pays ont même vu celle-ci reculer entre 2015 et 2019 (Sainte-Lucie, Yémen, États-Unis, Maurice, Malaisie, Koweït, Cuba, Brunei, Bahreïn, Barbade et Venezuela).

En parallèle de ces inégalités entre pays, on observe des inégalités considérables et souvent croissantes à l'intérieur des pays, où les conséquences positives de l'augmentation des dépenses de santé sont contre-balançées par les choix 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 bonne 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 basculent chaque année dans la pauvreté parce qu'elles doivent payer leurs soins de santé. Selon un rapport de 2017 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 55 % de la population mondiale est toujours privée de toute affiliation à un système ou dispositif de santé. Ce chiffre atteint plus de 80 % dans les pays à bas revenu. Selon l'OMS, ces chiffres risquent de s'accroître encore dans les prochaines années du fait des réformes effectuées dans un contexte de crise économique et pandémique. Cent vingt-quatre gouvernements ont entamé une politique d'austérité en diminuant leurs dépenses publiques en 2018, dont 81 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'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, au détriment d'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 soins 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 des personnels soignants à même de les mettre en œuvre. L'Organisation internationale du travail estime qu'il y a dans le monde une pénurie de 10 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 : femmes, personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères, personnes en situation de handicap, usagers de drogues, personnes détenues, personnes LGBTQIA+, travailleuses du sexe, minorités ethniques, religieuses...

SOURCES D'INFORMATIONS POUR LE SOIN ET L'ACCOMPAGNEMENT

Des repères sur l'organisation du système de santé dans le pays d'origine et l'accès effectif aux soins qu'il garantit permettent d'aider à comprendre le parcours de soins de la personne, et favorisent l'accompagnement 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. Pour la personne souffrant d'une maladie chronique, il est important de savoir si une prise en charge adéquate a pu avoir lieu, si une éducation thérapeutique a été entreprise, ainsi que son niveau de littératie en santé.

Les premières informations sont à recueillir auprès de la personne elle-même sur son parcours de soins :

- avait-elle accès dans son pays à la médecine préventive, aux dépistages, aux vaccinations ?
- en cas de maladie grave, celle-ci 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 est-il survenu en exil 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 » ?

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



Attention

Littératie : définie en 2013 par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comme « *la capacité de comprendre, d'évaluer, d'utiliser et de s'approprier des textes écrits pour participer à la société, réaliser ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel* », la littératie se déploie dans les milieux juridiques, de l'information, de l'éducation ou celui de la santé. Les compétences en littératie sont dorénavant identifiées comme étant un déterminant de la santé. www.santepubliquefrance.fr

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 avec prudence 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 l'impossibilité d'une prise en charge médicale appropriée en cas de pathologie lourde et/ou chronique et/ou coûteuse (voir arrêté du ministère de la Santé du 5 janvier 2017 concernant le droit au séjour des étrangers malades, annexe II).

Les recherches sur le système de gouvernance, la corruption, les droits humains, 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 sont utilisées.

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.

ACCÈS AUX SOINS ET DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

Selon la loi, les étrangers atteints d'une maladie grave dont le traitement approprié est inaccessible dans leur pays d'origine doivent pouvoir bénéficier d'un titre de séjour (voir 7. Droit au séjour pour raison médicale, page 40) et être protégés contre l'éloignement. 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 d'accompagnement peut alors s'appuyer sur la recherche d'éléments en faveur de l'existence d'un risque d'inaccessibilité du « traitement approprié » pour la personne demandeuse en particulier.

Le droit au séjour pour raison médicale a été modifié par la loi relative aux droits des étrangers en France du 7 mars 2016 qui a placé l'ensemble de la procédure sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, incluant le dispositif d'évaluation médicale auparavant sous celle du ministère de la Santé. À cette occasion, le ministère de la Santé et des Affaires sociales a publié le 5 janvier 2017 un arrêté fixant les orientations générales pour l'exercice de leurs missions par les médecins de l'Ofii, ces missions étant

prévues à l'article L425-9 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) (NOR : AFSP1638149A). Cet arrêté indique notamment les modalités d'appréciation de l'offre de soins dans le pays d'origine ou de renvoi notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. L'arrêté indique en annexe une liste de sources sur lesquelles s'appuyer pour aider à l'évaluation de l'accès aux soins dans le pays d'origine.

Article 3 de l'arrêté du 5 janvier 2017 - L'avis du collège de médecins de l'Ofii est établi sur la base du rapport médical élaboré par un médecin de l'office selon le modèle figurant dans l'arrêté du 27 décembre 2016 mentionné à l'article 2 ainsi que des informations disponibles sur les possibilités de bénéficier effectivement d'un traitement approprié dans le pays dont le demandeur d'un titre de séjour pour raison de santé est originaire. Les possibilités de prise en charge dans ce pays des pathologies graves sont évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur une combinaison de sources d'informations sanitaires. L'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié. Afin de contribuer à l'harmonisation des pratiques suivies au plan national, des outils d'aide à l'émission des avis et des références documentaires présentés en annexes II et III sont mis à disposition des médecins de l'office.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

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

OIT, *Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019*, www.ilo.org

OMS, *Rapports annuels*, www.who.int/fr

PNUD, *Rapports annuels*, www.undp.org



DROITS ET ACCOMPAGNEMENT

En raison de la complexification des droits et des pratiques administratives, l'obtention d'un droit ou d'un service public peut se révéler très difficile pour les personnes en situation de précarité. Les personnes qui les accompagnent doivent comprendre l'organisation des dispositifs et les principales conditions d'accès, afin de soutenir efficacement les démarches.

5. ASILE ET IMMIGRATION

Les personnes étrangères présentes en France relèvent de deux types de législations : le droit général de l'immigration et le droit à la protection au titre de l'asile. Il existe des recouvrements entre ces deux domaines et les personnes exilées peuvent être confrontées tant aux questions d'entrée, de titre de séjour et de travail en France (l'immigration) qu'à celles de protection en raison de crainte de persécutions dans leur pays (l'asile). Le droit d'asile reste spécifique, mais il a perdu sa place favorablement dérogatoire dans la législation sur les personnes étrangères, les droits des demandeur·se·s d'asile ayant été progressivement restreints depuis 1991. Les textes définissant les procédures d'immigration et d'asile sont principalement regroupés au sein du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), sauf pour certaines règles d'immigration relevant directement d'accords bilatéraux comme avec l'Algérie.

LE DROIT GÉNÉRAL DE L'IMMIGRATION

Il s'agit de l'ensemble des règles régissant l'entrée, le séjour, le travail des personnes étrangères en France, à l'exception de celles en demande d'asile et réfugiées. Cela concerne à la fois la personne qui vit dans son pays et sollicite une entrée en France, et celle étrangère, déjà présente 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. Le Ceseda constitue le texte de référence de ces deux domaines juridiques. On notera que le droit français :

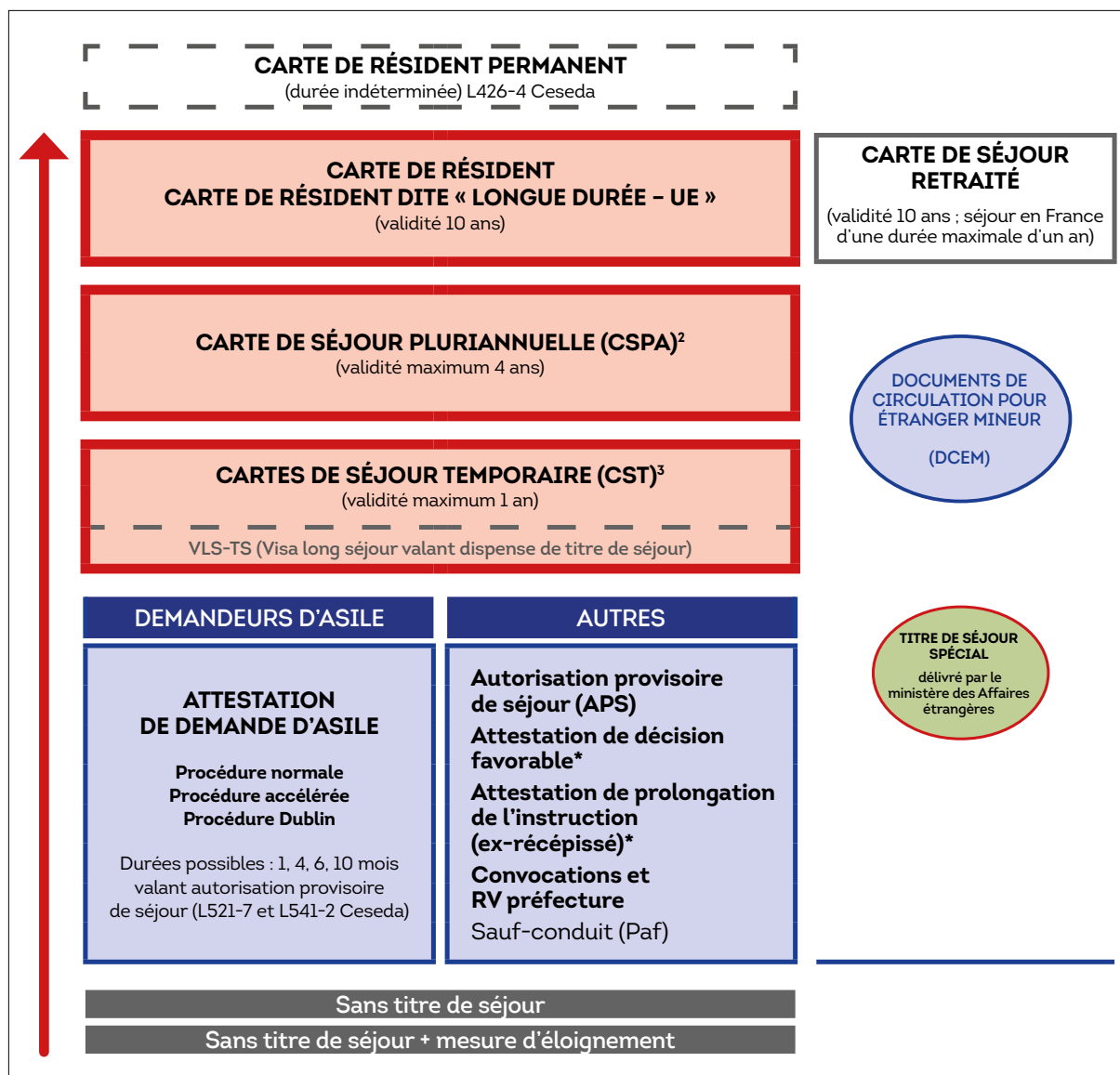
- distingue le visa, délivré depuis le pays de départ par le consulat français, du titre de séjour, délivré en France par le préfet (sur les rares exceptions à cette règle, voir le site internet du ministère des Affaires étrangères) ;
- distingue trois catégories de personnes étrangères selon la source des règles applicables : les nationalités de l'Union européenne (UE) et assimilées, les nationalités soumises exclusivement au Ceseda, et les nationalités soumises à des accords bilatéraux (le guide guide.comede.org mentionne chaque fois que nécessaire leurs spécificités) ;
- donne au préfet du département la compétence (quasi) exclusive pour délivrer les titres de séjour (ni le consulat, ni l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii), ni l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra), ni la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), ni le juge administratif n'en délivrent).

Le droit au séjour pour raison médicale (procédure « étrangers malades ») est inclus dans les règles générales d'immigration et ne relève pas du droit d'asile. La double demande asile et maladie est abordée page 46, 8.1. Double demande asile et maladie : repères fondamentaux.

Les différents titres de séjour forment une hiérarchie selon leur durée de validité. L'éligibilité aux différentes prestations sociales augmente avec la place dans la hiérarchie (voir 11. Protection sociale selon le statut, page 59).

Figure 3. Cartographie des titres et documents de séjour en France

(sauf citoyen-ne-s UE/Espace économique européen/Suisse // Pour les personnes algériennes, voir les précisions ci-dessous)¹



* Réforme ANEF 2019-2022 (administration numérique des étrangers en France) : suppression des récépissés ; « l'attestation de dépôt » d'une demande de titre de séjour délivrée par le préfet ne figure pas dans le schéma car elle ne vaut pas « séjour régulier » (art. R431-15-1 al. 1 Ceseda)

Personnes ressortissantes d'Algérie : pas de CSPA, pas de carte de résident permanent, et différences de dénomination (Certificat de résidence algérien) et de conditions de délivrance	
CSPA	Carte de séjour pluriannuelle dont CSPA-passeport talent, CSPA-passeport talent famille, CSPA-passeport talent-carte bleue européenne, CSPA Étudiant-programme de mobilité, etc.
CST	Carte de séjour temporaire. Les mentions possibles sont : <i>visiteur, étudiant, vie privée et familiale (VPF), salarié, stagiaire, travailleur saisonnier, scientifique chercheur, profession artistique et culturelle, salarié en mission, jeune au pair, recherche d'emploi ou création d'entreprise, carte bleue européenne</i> . La mention « vie privée et familiale » correspond à 13 cas différents de délivrance.

- Pour les Algérien-ne-s** : pas de CSPA, pas de résidence permanente, et différences de dénomination (Certificat de résidence algérien CRA) et de conditions de délivrance
- CSPA** : dont CSPA-passeport talent, CSPA-passeport talent famille, CSPA-passeport talent-carte bleue européenne, et CSPA Étudiant-programme de mobilité
- Catégories de CST (ou CRA)** : visiteur, étudiant, vie privée et familiale (VPF), salarié, stagiaire, travailleur saisonnier, scientifique chercheur, profession artistique et culturelle, salarié en mission, jeune au pair, recherche d'emploi ou création d'entreprise, carte bleue européenne.

DCEM : Document de circulation pour étranger mineur

Paf : Police aux frontières

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

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. Les personnes demandeuses d'asile et les personnes réfugiées relèvent d'une protection spécifique (voir page 35).

Tableau 4. Les fondements juridiques de l'asile en France

(Convention de Genève, règlements et directives UE, Ceseda France)

Art. 711-1 Ceseda		STATUT DE RÉFUGIÉ (Convention de Genève)
• Reconnu réfugié au sens de l'art. 1 ^{er} A2 de la Convention de Genève	→	
• Bénéficiant d'une protection accordée par le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR)	→	
• « Persécuté en raison de son action en faveur de la liberté » (asile constitutionnel)	→	
Art. L712-1 Ceseda		PROTECTION SUBSIDIAIRE (Directive UE)
• 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	→	

Droit d'asile et droit à un titre de séjour. La Convention de Genève donne une définition du terme « réfugié » (au sens de la personne qui cherche refuge), mais elle n'oblige pas un État à accueillir une personne qui sollicite ce statut. La seule obligation est le non-refoulement de la personne demandeuse vers « *les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté est menacée* » (art. 33). **Il faut donc distinguer l'admission provisoire au séjour par le préfet pendant la procédure de détermination du statut (par l'Ofpra, la CNDA ou le Conseil d'État), et enfin le droit au séjour finalement accordé par le préfet à la personne qui obtient le statut de réfugié (ou la protection subsidiaire). Pendant le temps d'instruction de sa demande, la personne est juridiquement « demandeuse d'asile » et non pas « réfugiée (statutaire)» (voir définitions page 8).** Une personne « demandeuse d'asile » attend une réponse de l'Ofpra à sa demande et se voit remettre un titre de séjour provisoire par le préfet (voir Attestation de demande d'asile page 31). Une personne « réfugiée statutaire » a reçu une réponse positive à sa demande de protection, tout comme en cas de « protection subsidiaire ». Dans ces derniers cas, le préfet est obligé de délivrer le titre de séjour correspondant. Une personne demandeuse d'asile « déboutée » se retrouve en séjour irrégulier. Une personne « déboutée » ou « sans-papiers » est « régularisée » en cas d'obtention ultérieure d'un titre de séjour de la part d'une préfecture (sur un autre fondement que le droit d'asile).

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 personnes étrangères titulaires, pour la première fois, d'un titre les autorisant à séjourner durablement en France (art. L5223-1 du Code du travail). L'Ofii ne délivre ni visa ni titre de séjour. Il a pour mission de participer aux actions administratives, sanitaires et sociales relatives à :

- la gestion des procédures régulières pour le compte des préfectures et des postes diplomatiques et consulaires. C'est à ce titre que l'Ofii est conduit à attester que certains titulaires de visa long séjour arrivés en France ont bien respecté leurs obligations. Cette attestation conditionne notamment la prolongation de validité du visa concerné au-delà des 3 premiers mois et impacte le droit à la protection sociale ;

- l'accueil et l'intégration des personnes étrangères autorisées à séjourner durablement en France et signataires à ce titre d'un contrat d'intégration républicaine avec l'État ;
- l'accueil social des personnes demandeuses d'asile (hébergement et allocation financière) ;
- l'aide au retour et à la réinsertion des personnes étrangères dans leur pays d'origine.

L'Ofii agit dans une cinquantaine de directions territoriales, délégations ou plateformes hébergées, ainsi que dans huit pays : Arménie, Cameroun, Mali, Maroc, Roumanie, Sénégal, Tunisie et Turquie.

En matière de contrôle médical, le service médical de l'Ofii exerce deux missions distinctes :

- d'une part, il est en charge de la partie médicale de la procédure « étranger malade » (voir 7. Droit au séjour pour raison médicale, page 40). À ce titre, le service médical détermine si les critères médicaux du droit au séjour ou de la protection contre l'éloignement sont remplis ;
- d'autre part, le service médical organise la « visite médicale obligatoire » imposée à certaines personnes étrangères admises à séjourner en France pour une durée supérieure à 3 mois. Certaines catégories de personnes étrangères en sont dispensées : conjoint·e·s de personnes de nationalité française entré·e·s en France avec un visa de court séjour, parent·e·s d'enfant français·e, réfugié·e·s, protégé·e·s subsidiaires, jeunes majeur·e·s entré·e·s en France avant l'âge de 13 ans, personnes étrangères régularisées pour raison médicale, étudiant·e·s. Cette visite médicale est définie par l'arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France comme « *un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'Ofii dans le cadre du contrôle médical* ». Cette formulation est contraire à l'article 100 du Code de déontologie médicale (art. R4127-100 CSP : « *Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention* »), les conditions d'une médecine de soins et de prévention n'étant pas réunies dans ce contexte d'obligation (voir 15.1. Protection de la santé et certification : principes juridiques et déontologiques, page 86). La visite médicale réalisée actuellement est censée répondre à un double objectif de contrôle et de prévention. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans son avis de 2015, considère qu'il existe un obstacle éthique et déontologique à ce que ces deux fonctions soient effectuées par une même structure. En santé publique, ces deux missions sont, en pratique, antinomiques par nature.

Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France

Article 1. (...) 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.

Des conseils et des informations sanitaires adaptées ainsi que les adresses des structures de soins et de prévention seront dispensés aux bénéficiaires de ces visites médicales.

Article 3. À l'issue des différents examens, il est délivré un certificat indiquant que l'intéressé remplit ou ne remplit pas les conditions médicales autorisant son séjour en France. (...)

Article 4. Pour les réfugiés statutaires qui, à la date où ce statut leur a été accordé, étaient hébergés dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile, le certificat prévu (...) sera délivré par le médecin chef de l'Office français de l'immigration et de l'intégration sur présentation d'un justificatif établi par le médecin traitant du réfugié statuaire ou du médecin intervenant dans le centre d'accueil.

Certaines maladies peuvent faire obstacle à la délivrance du certificat médical par l'Ofii. Selon l'article 5 de l'arrêté du 11 janvier 2006, cela concerne « *tout étranger atteint au jour de l'examen médical ou à l'issue d'un examen médical spécialisé :*

- *de 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) ;*
- *de tuberculose contagieuse évolutive : dans ce cas, le dossier de l'intéressé est mis en instance jusqu'à production d'un certificat médical attestant de la guérison, sous la surveillance du service antituberculeux de son lieu de résidence ;*
- *de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Ce diagnostic sera porté sur la base d'un certificat médical demandé à un médecin psychiatre par le médecin chef du service de santé publique et d'assistance médicale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration. Dans ce cas, le dossier de l'intéressé est mis en instance. L'attestation prévue à l'article 3 du présent arrêté pourra être établie au vu d'un nouveau certificat médical indiquant que la personne n'est pas susceptible de compromettre la sûreté des personnes ou de porter atteinte de façon grave à l'ordre public ;*
- *d'un problème de santé en contradiction manifeste avec l'objet du séjour en France. Dans le cas où cette contradiction concerne la tenue de l'emploi à l'origine de la venue de l'étranger en France, le dossier de l'intéressé est mis en instance jusqu'à production par l'employeur au service de santé publique et d'assistance médicale de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, à la demande de celui-ci, de l'avis du médecin du travail sur l'aptitude du candidat à l'emploi susmentionné.*

Seul est exclu du bénéfice du regroupement familial l'étranger atteint de l'une des maladies mentionnées au titre V du règlement sanitaire international. »

NB : L'absence de statut vaccinal conforme à la réglementation en vigueur ne constitue pas à elle seule un motif suffisant pour faire obstacle à la délivrance du certificat médical par l'Ofii.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Gisti, *Guide de l'entrée et du séjour des étrangers en France*, La Découverte, juin 2019, www.gisti.org

HCSP, *Visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers*, mai 2015, www.hcsp.fr

Ofii, www.ofii.fr

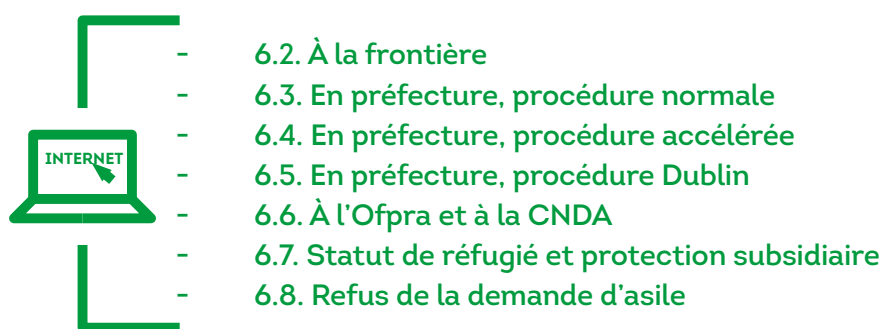
Ofpra, www.ofpra.fr

Ordre national des médecins, Code de déontologie médicale, www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie

6. DROIT D'ASILE

6.1. Repères et panorama

Si la pratique de l'asile remonte à l'Antiquité, la définition contemporaine du droit d'asile en France est issue du préambule de la Constitution de 1946, de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, dite « Convention de Genève ». Droit constitutionnel et international, le droit d'asile se distingue du droit général de l'immigration, issu du droit interne et relevant de la souveraineté de l'État. Au cours des dernières années en France et en Europe, le droit d'asile a connu de nombreuses réformes, conduisant principalement à restreindre les droits des personnes demandeuses d'asile. Le droit d'asile se distingue du droit général de l'immigration (voir page 30).



DROIT D'ASILE ET PROTECTION INTERNATIONALE, DÉFINITIONS

En France, la protection internationale au titre du droit d'asile peut être accordée sur la base de deux fondements juridiques (droit d'asile « conventionnel » et droit d'asile « constitutionnel ») et conduire à trois types de protection (le statut de personne réfugiée, la protection subsidiaire ou le statut d'apatride).

Le texte fondateur du droit d'asile conventionnel est la Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés, dite Convention de Genève. Elle concerne les personnes étrangères qui demandent une protection internationale à un État, considérant qu'elles ne sont pas protégées dans leur pays d'origine. Ratifiée par 145 États dont la France, la Convention de Genève est un texte supranational qui établit des normes communes. Il s'impose aux États contractants qui doivent le transposer en droit interne. Cependant, certaines dispositions s'appliquent sans aucun aménagement : c'est le cas de la définition du réfugié et du principe de non-refoulement.

Définition du terme « réfugié » – Article 1.A de la Convention de Genève de 1951 :

« Aux fins de la présente Convention, le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne :

2) Qui, [...] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner. »

Principe de non-refoulement des personnes réfugiées – Article 33 de la Convention de Genève de 1951 :

« Défense d'expulsion et de refoulement. 1. Aucun des États contractants n'expulsera ou ne refoulera, de quelque manière que ce soit, un réfugié sur les frontières des territoires où sa vie ou sa liberté serait

menacée en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques. [...] »

Le droit d'asile constitutionnel est fondé sur l'alinéa 4 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, repris dans **l'article L711-1 du Ceseda** : « *Toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté a droit d'asile sur les territoires de la République.* » En pratique, ce fondement de l'octroi du statut de réfugié n'est qu'exceptionnellement utilisé (0,02% des accords de l'Ofpra en 2018) par rapport à l'asile « conventionnel ».

La protection subsidiaire, créée par la loi française en 2003, est destinée à protéger les personnes qui ne répondraient pas à la définition de la Convention sur les réfugiés, mais relèveraient d'un droit à être protégées au regard des risques encourus dans leurs pays. L'article L712-1 du Ceseda prévoit que : « *Le bénéficiaire de la protection subsidiaire est accordé à toute personne qui ne remplit pas les conditions pour se voir reconnaître la qualité de réfugié et pour laquelle il existe des motifs sérieux et avérés de croire qu'elle courrait dans son pays un risque réel de subir l'une des atteintes graves suivantes :*

- *la peine de mort ou une exécution ;*
- *la torture ou des peines ou traitements inhumains ou dégradants ;*
- *s'agissant d'un civil, une menace grave et individuelle contre sa vie ou sa personne en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle et résultant d'une situation de conflit armé interne ou international.* »

Le statut d'apatride découle de la Convention de New York du 28 septembre 1954 selon laquelle est apatride « *la personne qu'aucun État ne considère comme son ressortissant* » (art. 1^{er}). Ce statut diffère des deux autres formes de protection (statut de réfugié ou protection subsidiaire), et peut être demandé en même temps que l'asile.

APPLICATION DU DROIT D'ASILE

Le régime d'asile européen commun (RAEC) est un ensemble de textes législatifs fixant des normes et procédures communes aux États membres de l'Union européenne en matière de protection internationale. Il a pour objectif d'harmoniser les pratiques de ces pays à l'égard des personnes demandeuses d'asile et des personnes obtenant une protection. Le RAEC se compose principalement de trois « directives » et deux « règlements ». Les directives européennes (accueil, qualification, procédures) doivent faire l'objet d'une transposition en droit interne. Les règlements (Dublin et Eurodac) sont d'application directe, s'imposant à l'État sans aménagement interne. Ces textes, qui font l'objet de réécriture régulière par l'Union européenne, reconnaissent le principe de la responsabilité de l'État dans la gestion de la demande d'asile.

En France, la demande d'asile est appréciée par l'Ofpra, (administration) et par la CNDA (juridiction d'appel). La préfecture n'intervient pas pour la reconnaissance de la protection accordée



Attention

Il n'existe pas de « droit d'asile médical ». La protection accordée aux « étrangers malades » relève du droit de l'immigration (voir 7. Droit au séjour pour raison médicale, page 40). Toutefois, la maladie peut être invoquée dans le champ du droit d'asile en tant que motif de discrimination et de persécution dans le pays d'origine, par référence à « un groupe social » tel que défini par le Conseil d'État dans un arrêt du 27 juillet 2012, inspiré de la directive européenne du 29 avril 2004 : « *[Le groupe social] est constitué de personnes partageant un caractère inné, une histoire commune ou une caractéristique essentielle à leur identité et à leur conscience, auxquels il ne peut leur être demandé de renoncer, et une identité propre perçue comme étant différente par la société environnante ou par les institutions.* » Par ailleurs, les problèmes posés par la demande de certificat médical à l'appui d'une demande d'asile sont traités.



Attention

Il existe des dispositions spécifiques pour la Guyane et Mayotte.

au titre de l'asile, mais elle est chargée de l'enregistrement des demandes et de la qualification de la procédure déterminant notamment si la personne peut demander l'asile en France ou si sa demande relève de la compétence d'un autre État membre.

Si la France est responsable de la demande d'asile, celle-ci pourra relever de deux types de procédures qui en définissent les conditions d'examen :

- la procédure normale prévoit un examen de la demande sans restriction particulière, dans un délai de traitement initial de 6 mois qui peut être prolongé de 9 mois en cas de situation complexe, et exceptionnellement de 3 mois supplémentaires dans des circonstances dûment justifiées ;
- la procédure accélérée est une procédure « à garanties réduites » applicable par la préfecture (voir infra). Si elle permet à la personne de solliciter l'Ofpra et la CNDA pour l'examen au fond de sa demande, cela doit se faire dans un délai contraint en droit de 15 jours pour l'Ofpra, et de 5 semaines pour le recours devant la CNDA traité par un juge unique (contrairement à la formation collégiale dans le cas de la procédure normale).

En pratique, les délais de traitement sont souvent plus longs dans le cas des deux procédures.

Motifs du placement de la demande d'asile en procédure accélérée (PA). Il existe deux principaux motifs qui imposent à l'Ofpra de procéder à l'examen de la demande en procédure accélérée : les demandes qui émanent de pays d'origine sûrs (POS, voir encadré), lorsque la personne intéressée a effectué une première demande d'asile définitivement rejetée et demande son réexamen, et lorsque la personne demandeuse est maintenue en rétention. Dans d'autres cas, la préfecture ou l'Ofpra peuvent aussi placer le demandeur en PA aux motifs suivants :

- refus de se conformer à la prise des empreintes digitales en application du règlement Eurodac ;
- présentation de faux documents ou dissimulation d'informations sur son identité ou son entrée en France afin d'induire en erreur l'administration ;
- procède au dépôt de sa demande d'asile tardivement, soit après 90 jours de maintien sur le territoire français ;
- procède au dépôt de sa demande d'asile pour faire échec à une mesure d'éloignement ;
- la présence en France de la personne demandeuse constitue une menace grave pour l'ordre public, la sécurité publique ou la sûreté de l'État ;
- en zone d'attente lorsque la personne procède au dépôt d'une demande manifestement infondée ;
- lorsque la personne « *n'a formulé que des questions sans pertinence* » ou « *fait des déclarations manifestement incohérentes et contradictoires* » (art. L723-2 du Ceseda).

L'instauration d'une **liste des pays d'origine sûrs (POS)** date de 2003. Selon l'art. L722-1 du Ceseda, un pays est considéré comme sûr « *lorsque [...] d'une manière générale et uniformément pour les hommes comme pour les femmes, quelle que soit leur orientation sexuelle, il n'y est jamais recouru à la persécution, ni à la torture, ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants et qu'il n'y a pas de menace en raison d'une violence qui peut s'étendre à des personnes sans considération de leur situation personnelle dans des situations de conflit armé international ou interne* ». La liste des pays d'origine sûrs est établie et mise à jour par le conseil d'administration de l'Ofpra. Suite à une décision du 29 septembre 2020, ces pays sont les suivants : Albanie, Arménie, Bosnie-Herzégovine, Cap-Vert, Géorgie, Ghana, Inde, Kosovo, Macédoine, Maurice, Moldavie, Mongolie, Monténégro, Sénégal et Serbie, voir en ligne pour les modifications.

La notion de « vulnérabilité » des personnes demandeuses d'asile est apparue en 2013 dans le cadre de la directive européenne « accueil ». La prise en compte de la vulnérabilité peut donner lieu d'une part à un aménagement des conditions matérielles d'accueil, et d'autre part à l'aménagement de l'instruction de la demande d'asile. La directive ne donne pas de définition de la vulnérabilité, mais établit une liste des personnes concernées : mineur·e·s, mineur·e·s non accompagné·e·s, personnes en situation de handicap, personnes âgées, femmes enceintes, parent·e·s isolé·e·s accompagné·e·s d'enfants mineur·e·s, victimes de la traite des êtres humains, personnes ayant des maladies graves, personnes souffrant de troubles mentaux, personnes qui ont subi des tortures, des viols ou d'autres formes graves de violence psychologique, physique ou sexuelle, par exemple les victimes de mutilation génitale féminine.

Certaines situations « de vulnérabilité » ne peuvent être attestées que par des professionnel·le·s de santé, en raison d'une compétence particulière (diagnostic de maladies graves et de troubles mentaux) ou d'une relation thérapeutique propice à aborder les questions de violences. Les médecins et psychologues concerné·e·s peuvent délivrer des certificats et attestations à la demande de leur patient·e et dans le respect des règles déontologiques (voir 15. Protection de la santé et certification, page 86).

Si la France n'est pas responsable de la demande d'asile, le règlement « Dublin III » s'applique pour l'ensemble des pays de l'Espace économique européen (EEE) et la Suisse. La détermination de l'État responsable de la demande d'asile dépend de plusieurs critères, il s'agit en particulier du pays par lequel la personne demandeuse est entrée dans l'espace Schengen et dans lequel elle a été contrôlée (vérification des empreintes digitales via Eurodac), ou du pays ayant accordé un visa ou un titre de séjour. Mais d'autres critères peuvent être pris en compte et conduire à une demande de « dérogation » au règlement Dublin, comme le principe de l'unité de la famille ou, à titre « humanitaire » pour les personnes malades, la nécessité de poursuivre une prise en charge médicale conduite en France. Pour les mineur·e·s non accompagné·e·s, l'État responsable est celui dans lequel ces personnes se trouvent dès lors qu'elles n'ont pas de famille résidant légalement dans un autre pays européen. Pendant la procédure Dublin et dans l'attente de la détermination de l'État responsable, la personne demandeuse d'asile ne reçoit pas le formulaire Ofpra.

Les droits des personnes demandeuses d'asile (voir aussi 11. Protection sociale selon le statut, page 59, et 13. Dispositifs de protection maladie, page 70).

Les personnes demandant l'asile bénéficient du **droit au séjour** au regard du Ceseda, matérialisé par la délivrance d'une attestation de demandeur d'asile ; ainsi que, théoriquement, des **conditions matérielles d'accueil** (CMA) susceptibles d'inclure selon les cas :

- **l'allocation pour demandeur d'asile** (Ada), qui prend en compte la composition de la famille ;
- **un hébergement** (hébergement d'urgence des demandeur·se·s d'asile, HUDA / centre d'accueil pour demandeur·se·s d'asile, Cada, etc.) ;
- **une domiciliation administrative** ;
- **l'Assurance maladie et la Complémentaire santé solidaire** (CSS).

En pratique, pour déposer une demande d'asile en France, il faut dans un premier temps se présenter auprès d'une structure de premier accueil pour demandeurs d'asile (Spada), les modalités d'accès à la Spada pouvant varier selon la région concernée. Le rendez-vous en Spada permet de renseigner le formulaire d'enregistrement de la demande (état civil déclaratif, prise de photo, etc.) et donne lieu à un rendez-vous au guichet unique pour demandeurs d'asile (Guda) dans un délai théorique de 3 à 10 jours. Le Guda combine le guichet de l'Ofii avec notamment l'évaluation de la vulnérabilité, et le guichet de la préfecture avec la remise de l'attestation de demandeur d'asile et la détermination du type de procédure (voir supra).

Demande d'asile et certification médicale. La procédure d'asile donne lieu à de nombreuses sollicitations (voir article en ligne, et 8. Double demande asile et maladie, page 46) de certificat médical, autour de la prise d'empreintes, de la demande d'hébergement, de l'évaluation de la vulnérabilité médico-psychologique, ainsi qu'à l'appui de la reconnaissance et/ou du renouvellement de la protection. L'évaluation de ces demandes et les réponses à y apporter doivent tenir compte de la connaissance du contexte, des principes déontologiques et de la relation thérapeutique. **À l'exception du « certificat de non-excision » qui relève de services médico-légaux, la délivrance de ces certificats s'inscrit dans un cadre de soins, et non d'expertise.**

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

CFDA, coordination-asile-cfda.fr

Comede, *Demandeurs d'asile vulnérables, enjeux et dangers*, Maux d'exil n° 44, 2014, www.comede.org

Ministère de l'Intérieur, www.interieur.gouv.fr

Ofpra, www.ofpra.gouv.fr

7. DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE

7.1. Repères et panorama

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. Ce droit permet à des personnes étrangères vivant en France et atteintes de maladie grave d'obtenir une carte de séjour avec droit au travail. Auparavant confiée aux médecins des agences régionales de santé, la mission d'évaluation des fondements médicaux de la demande a été transférée par la loi du 7 mars 2016 au service médical de l'Ofii.



- 7.2. Principes de protection et textes applicables
- 7.3. Évaluation préalable de la demande
- 7.4. Dépôt et instruction de la demande
- 7.5. Changement de statut pour raison médicale
- 7.6. Défaut de passeport
- 7.7. Le coût des démarches préfectorales
- 7.8. Décisions administratives et recours
- 7.9. Membres de famille et accompagnateurs
- 7.10. Carte pluriannuelle pour raison médicale
- 7.11. Changement de statut et carte de résident
- 7.12. Voyager hors de France

PROTECTION DES ÉTRANGERS MALADES VIVANT EN FRANCE

Le droit au séjour pour raison médicale concerne les personnes étrangères atteintes d'affection grave vivant en France. Il ne doit pas être confondu avec la procédure de délivrance d'un visa court séjour (visa C) pouvant être sollicité auprès des autorités consulaires françaises à l'étranger pour réaliser des soins médicaux en France. Cette demande de visa court séjour déposée hors de France est alors subordonnée à la justification des moyens d'existence pendant la durée du (court) séjour en France et de garanties de prise en charge financière des soins en France ainsi que de retour vers le pays de résidence habituelle (art. R313-1 3° et suivants du Ceseda ; TA Nantes, référés, n° 1812144, 3 janvier 2019).

Le droit au séjour pour raison médicale, consacré à l'article L425-9 du Ceseda (ex. L313-11 1° jusqu'au 30 avril 2021), ne concerne pas toute personne étrangère malade vivant en France, mais celles justifiant des conditions médicales suivantes :

- risquer des conséquences graves pour sa santé en cas de défaut de prise en charge médicale ;
- risquer de ne pas bénéficier effectivement d'une prise en charge appropriée dans son pays d'origine.

La loi du 7 mars 2016, modifiant les dispositions moins protectrices de la loi du 16 juin 2011, a prévu la nécessaire prise en compte, afin de garantir la continuité des soins, des possibilités effectives d'accéder ou non à une prise en charge appropriée au pays d'origine.

Article L425-9 du Ceseda : « *L'étranger, résidant habituellement en France, dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et qui, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié, se voit délivrer une carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" d'une durée d'un an. [...]* »

L'arrêté du ministère de la Santé du 5 janvier 2017 fixant les orientations générales de l'évaluation médicale a précisé la nécessité de prendre en compte la situation spécifique de la personne, de l'offre de soins et des possibilités de bénéfice effectif de la prise en charge appropriée dans le pays d'origine.

Article 3 de l'arrêté du 5 janvier 2017 : « *Les possibilités de prise en charge [dans le pays d'origine] des pathologies graves sont évaluées, comme pour toute maladie, individuellement, en s'appuyant sur une combinaison de sources d'informations sanitaires. L'offre de soins s'apprécie notamment au regard de l'existence de structures, d'équipements, de médicaments et de dispositifs médicaux, ainsi que de personnels compétents nécessaires pour assurer une prise en charge appropriée de l'affection en cause. L'appréciation des caractéristiques du système de santé doit permettre de déterminer la possibilité ou non d'accéder effectivement à l'offre de soins et donc au traitement approprié.* »

Situation particulière des citoyens UE/EEE/Suisse. Suite à une décision du Conseil d'État (CE, 22 juin 2012, n° 347545), la plupart des préfectures refusent le bénéfice du droit au séjour pour raison médicale aux citoyen·e·s UE/EEE/Suisse, et donc de leur remettre le formulaire médical leur permettant de saisir le service médical de l'Ofii. Ces citoyen·e·s peuvent toutefois bénéficier de la procédure d'avis médical de l'Ofii pour les protéger contre l'éloignement du territoire français, en particulier lorsque ces personnes se trouvent en centre de rétention (voir en ligne 7.2. Principes de protection et textes applicables).

DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE ET DEMANDE D'ASILE

Le droit au séjour pour raison médicale ne doit pas être confondu avec le droit d'asile (Voir 5. Asile et immigration, page 30), l'Ofpra et la CNDA ne participant pas à la procédure « étrangers malades ». Les personnes étrangères sollicitant l'asile en France fondent cette demande de protection sur des risques de subir, dans leur pays, des persécutions ou des violences portant atteinte à leur vie, à leur liberté ou à leur sécurité (voir 6. Droit d'asile, page 35). La circonstance de risquer une détérioration grave de son état de santé dans son pays d'origine en raison d'une insuffisance générale de soins appropriés n'est pas, selon la jurisprudence nationale et européenne, de nature à fonder la reconnaissance du statut de « réfugié » ou de « protégé subsidiaire » (CJUE, C-342/13, 18 décembre 2014). Pour ces raisons, une personne sollicitant l'asile en France n'a pas à invoquer ses problèmes de santé ni à verser des documents médicaux en soutien de sa demande d'asile, sauf cas particuliers.

Situations où la personne demandant l'asile peut invoquer des problèmes de santé :

- si la personne peut justifier de risques de persécutions ou de violences en raison de son statut de « malade » (situations pouvant prévaloir par exemple dans certains pays à l'égard des personnes

séropositives au VIH, considérées comme toxicomanes ou atteintes de pathologies psychiques, etc.) ;

- et/ou si la personne peut justifier du risque de subir de manière discriminatoire, notamment en raison de l'appartenance à un groupe social, une privation intentionnelle de l'accès aux soins dans son pays.

En outre, un certificat médical relatif aux conséquences des violences subies peut parfois être utile, notamment lorsque la capacité de la personne à « dire son récit » est entravée par un psychotraumatisme.

Inversement, le certificat médical à l'appui d'une demande d'admission au séjour pour raison médicale n'évoquera pas les motifs liés à une éventuelle demande d'asile en France, sauf si ces derniers sont de nature à justifier des raisons pour lesquelles la personne malade sera privée de manière discriminatoire de l'accès à des soins appropriés dans son pays d'origine au regard de sa situation personnelle (appartenance à une minorité, impossibilité de résider dans les régions du pays d'origine où sont implantées les infrastructures de santé, discrimination dans l'accès au système de prise en charge des frais de santé, etc.).

Si elle en remplit les conditions respectives, une personne étrangère est fondée à solliciter à la fois sa protection au titre de l'asile et son admission au séjour pour raison médicale.

Dans ce cas, elle devra engager de manière distincte ces deux procédures dans des délais strictement définis (voir figure 4 en page suivante). La [loi du 10 septembre 2018](#) a considérablement modifié les règles permettant d'exercer cette « double demande », pour les demandes d'asile enregistrées en procédure normale ou accélérée à partir du 1^{er} mars 2019 (pour une description précise de ce nouveau régime, voir 8. Double demande asile et maladie, page 46).

Art. L431-2 du Ceseda : « *Lorsqu'un étranger a présenté une demande d'asile qui relève de la compétence de la France [donc hors les cas de placement en procédure Dublin], l'autorité administrative, après l'avoir informé des motifs pour lesquels une autorisation de séjour peut être délivrée et des conséquences de l'absence de demande sur d'autres fondements à ce stade, l'invoite à indiquer s'il estime pouvoir prétendre à une admission au séjour à un autre titre et, dans l'affirmative, l'invoite à déposer sa demande dans un délai fixé par décret [3 mois entre l'enregistrement de la demande d'asile et la réception par le service médical de l'Ofii du certificat établi par le médecin qui suit le demandeur]. Il est informé que, sous réserve de circonstances nouvelles, notamment pour des raisons de santé, et sans préjudice de l'article L611-3, il ne pourra, à l'expiration de ce délai, solliciter son admission au séjour (...).* »

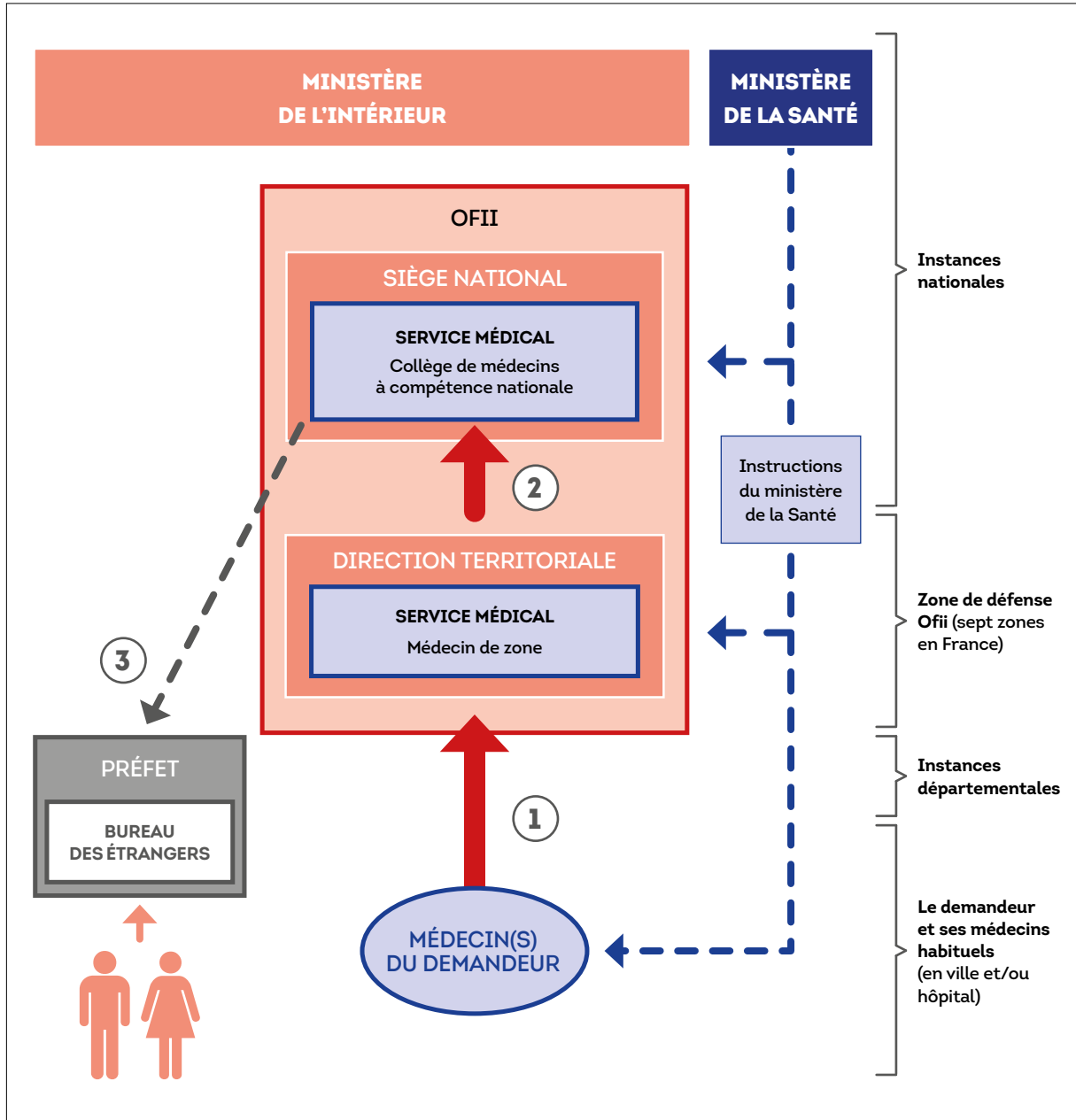


Attention

L'intervention de l'Ofii dans le cadre de l'évaluation de la vulnérabilité d'une personne demandeuse d'asile en vue notamment de bénéficier d'une adaptation des conditions matérielles d'accueil ne doit pas être confondue avec la mission du service médical de l'Ofii au titre de la procédure « étrangers malades ». Dans le cadre de la procédure d'asile, le médecin de l'Ofii peut ainsi être amené à recevoir des documents ou certificats médicaux pour apprécier la vulnérabilité particulière de la personne et préconiser une adaptation des conditions matérielles d'accueil en France ([art. R522-2 Ceseda](#)). Dans le cadre de la procédure « étrangers malades », la mission du service médical de l'Ofii sera tout à fait différente puisqu'elle consistera à rendre un avis médical au préfet au regard des conditions médicales de l'admission au séjour en France (voir figure 4 en page suivante).

PROCÉDURE DU DROIT AU SÉJOUR POUR RAISON MÉDICALE ET ÉVALUATION PAR LE SERVICE MÉDICAL DE L'OFII

Figure 4. Les acteurs de la procédure « étrangers malades »



Conception schéma : Comede 2022

- ① « Rapport médical » appelé « Certificat médical » par R425-12 du Ceseda
- ② « Rapport médical » selon R425-11 du Ceseda
- ③ « Avis au préfet » selon R425-11 du Ceseda

Ofii : Office français de l'immigration et de l'intégration

Instances et informations à caractère médical

La loi du 7 mars 2016 a modifié substantiellement la procédure du droit au séjour pour raison médicale, tout en maintenant le principe d'une séparation des phases administrative (services préfectoraux) et médicale (service médical de l'Ofii) d'instruction de la demande.

S'agissant d'une procédure de reconnaissance du droit au séjour pour raison médicale, l'intervention des médecins est déterminante. Ce sont les médecins de la personne étrangère malade qui sont en mesure d'apprécier préalablement les conditions médicales de la demande. En cas d'appréciation médicale favorable conduisant à initier l'enregistrement de la demande en préfecture, le dossier médical du demandeur sera ensuite transmis au service médical de l'Ofii (voir infra).

La demande d'admission au séjour pour raison médicale, comme toute autre demande de titre de séjour, commence par une démarche de retrait d'un dossier administratif et de remise de pièces non médicales auprès des services de la préfecture, selon des modalités variables définies par chaque préfecture (présentation au guichet, procédure par courrier ou prise de rendez-vous sur le site internet de la préfecture). Ces modalités sont généralement marquées par des difficultés importantes pour accéder aux services, obtenir l'enregistrement de sa demande et se voir remettre un récépissé. Il est donc indispensable de se renseigner préalablement sur la procédure applicable dans la préfecture compétente (celle du lieu de résidence du demandeur). Le service médical de l'Ofii ne pourra en effet pas intervenir s'il n'est pas saisi par les services préfectoraux.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la mission d'évaluation des conditions médicales de l'admission au séjour est confiée au service médical de l'Ofii, établissement public placé sous la tutelle du ministère de l'Intérieur, alors qu'elle était auparavant exercée par les médecins des agences régionales de santé (ARS) placées sous la tutelle du ministère de la Santé.

Les médecins de l'Ofii doivent accomplir cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé (art. L425-9 du Ceseda) et des règles de la déontologie médicale, garantissant notamment l'indépendance des médecins vis-à-vis des autorités non médicales et le droit des patient·e·s à la continuité des soins et à la préservation du secret médical (voir 15.1. Protection de la santé et certification : principes juridiques et déontologiques, page 86).

La procédure d'évaluation médicale a été modifiée par la loi du 7 mars 2016 :

- le/la demandeur·se doit obtenir la remise en préfecture d'un formulaire médical (dit « certificat médical ») ;
- à compter de la date de cette remise, la personne demandeuse dispose d'un mois pour le transmettre au service médical de l'Ofii (date de réception par les services de la direction territoriale de l'Ofii faisant foi). Ce formulaire médical doit être rempli par le/la médecin qui la suit habituellement ou par un·e médecin praticien hospitalier ; l'exigence de recourir à un·e médecin agréé·e a été supprimée ;
- à réception de ce « certificat médical » au niveau de la délégation territoriale (DT) de l'Ofii, un « rapport médical » est établi par un médecin de l'office qui peut solliciter le/la médecin qui suit habituellement la personne demandeuse (ou le/la médecin praticien hospitalier), et convoquer le/la patient·e pour l'examiner et faire procéder à des examens médicaux complémentaires ;
- à réception de ce « rapport médical », un collège à compétence nationale de trois médecins de l'Ofii rend un avis au préfet sur les conditions médicales de l'admission au séjour.

Tout au long de cette procédure, la personne demandeuse a le droit à la préservation du secret médical, notamment vis-à-vis des services préfectoraux, et il est essentiel de ne leur transmettre aucune information médicale.



Attention

Lorsque le service médical de l'Ofii est saisi dans le cadre d'une demande de protection contre l'éloignement du territoire français, et non au titre d'une demande de délivrance d'un titre de séjour, la procédure médicale est différente (voir 9. Éloignement et enfermement des étrangers, page 51).

DÉLIVRANCE D'UNE CARTE DE SÉJOUR AVEC DROIT AU TRAVAIL

En cas d'avis médical favorable de l'Ofii, la loi prévoit la délivrance par le préfet d'une carte de séjour temporaire, mention « vie privée et familiale », avec droit au travail (art. L425-9 *Ceseda*), ou d'une carte pluriannuelle si la personne demandeuse est déjà en possession d'une carte de séjour. Cette carte ne doit comporter aucune mention, notamment manuscrite, permettant de révéler le motif médical de sa délivrance. Sa durée est d'un an même si l'avis de l'Ofii a une durée inférieure (art. L426-9 *Ceseda* et art. 6.7° accord franco-algérien).

De manière exceptionnelle, si la personne demandeuse ne justifie pas de sa résidence habituelle en France (lorsqu'elle ne vit pas en France depuis plus de 12 mois, art. R425-14 du *Ceseda*, ou en cas de motif de menace à l'ordre public), la préfecture peut délivrer une simple autorisation provisoire de séjour (APS) renouvelable pendant la durée de l'avis favorable de l'Ofii.

En cas d'avis défavorable de l'Ofii, et sauf si la situation de la personne justifie son admission au séjour pour un autre motif, notamment en raison de l'ancienneté ou de l'intensité de ses attaches privées ou familiales en France, la préfecture peut prononcer un refus de séjour et une obligation de quitter le territoire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

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

Défenseur des droits, *Rapport sur les personnes malades étrangères*, 2019, www.defenseurdesdroits.fr

Observatoire du droit à la santé des étrangers, Rapports et publications, www.odse.eu.org

Ofii, service médical, Rapports annuels au Parlement, www.ofii.fr

8. DOUBLE DEMANDE ASILE ET MALADIE

8.1. Repères fondamentaux

Lorsqu'une personne en demande d'asile est atteinte d'une maladie grave rendant indispensable la continuité de ses soins en France quelle que soit l'issue de sa demande, elle doit être informée, notamment par ses médecins, des possibilités de droit au séjour pour raison médicale. La réforme « asile immigration » du 10 septembre 2018 fragilise toutefois l'exercice de ce droit. Certes, elle réaffirme le droit des personnes en demande d'asile à « la double demande ». Mais elle distingue le droit inconditionnel à la protection contre l'éloignement du droit au séjour pour raison médicale, ce dernier devant être exercé dans un délai contraignant de 3 mois, sauf « circonstances nouvelles », à compter de l'enregistrement de la demande d'asile. Or, le parcours d'accès aux soins et au bilan de santé ne permet pas à la plupart des personnes concernées de connaître, et de faire connaître, leur maladie avant plusieurs mois (en moyenne 8 mois après l'arrivée en France pour le VIH, et 23 mois pour le diabète dans l'observation du Comede). Au-delà du délai initial de 3 mois et tout en préservant le secret médical à l'égard des services préfectoraux, de nombreux étrangers malades seront donc amenés à se prévaloir de « circonstances nouvelles » pour pouvoir faire valoir leur droit au séjour pour raison médicale.



- 8.2. Principes d'accompagnement
- 8.3. Situations particulières (Dublin)

DROIT À LA DOUBLE DEMANDE ASILE ET MALADIE

La réforme « asile immigration » du 10 novembre 2018 a rappelé le droit d'une personne en demande d'asile en France de solliciter également son admission au séjour pour raison médicale.

Art. L431-2 Ceseda (ex-art. L311-6) : « Lorsqu'un étranger a présenté une demande d'asile qui relève de la compétence de la France, l'autorité administrative, après l'avoir informé des motifs pour lesquels une autorisation de séjour peut être délivrée et des conséquences de l'absence de demande sur d'autres fondements à ce stade, l'invite à indiquer s'il estime pouvoir prétendre à une admission au séjour à un autre titre et, dans l'affirmative, l'invite à déposer sa demande dans un délai fixé par décret. Il est informé que, sous réserve de circonstances nouvelles, notamment pour des raisons de santé, et sans préjudice de l'article L511-4, il ne pourra, à l'expiration de ce délai, solliciter son admission au séjour. Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article. »

Le droit à la délivrance d'un titre de séjour pour soins a également été rappelé à de multiples reprises par les juridictions pour les personnes en demande d'asile placées en procédure Dublin suite aux pratiques de refus d'enregistrement des préfectures (CAA Marseille 23 avril 2015, n° 14MA02909 et n° 14MA02910 ; TA Versailles, 11 février 2019, n° 1802666). Le service médical de l'Ofii doit alors rendre son avis sur les possibilités de soins appropriés dans le pays d'origine (CAA Nancy, 3 mai 2012, n° 11NC01224) et non dans le pays responsable de la demande d'asile au titre des accords de Dublin. Enfin, si le délai contraignant de 3 mois pour déposer la demande ne leur est pas applicable (L431-2 Ceseda a contrario), il est préférable de faire valoir cette demande, et d'en conserver la preuve (envoi au préfet d'un recours gracieux en lettre A/R contre le refus d'enregistrement), avant la notification de la décision de transfert vers l'État responsable de la demande d'asile.

L'invocation auprès des services préfectoraux d'un double motif d'admission au séjour en France (asile / raison médicale) implique d'évaluer préalablement, après bilan de santé et mise en place d'une prise en charge médicale adaptée, la présence des critères médicaux de l'admission au séjour à développer dans le certificat médical.

Tout au long des procédures d'asile et d'admission au séjour pour raison médicale, la préservation du secret médical est indispensable :

- à l'égard des services de la préfecture : aucune information relative à l'état de santé ou à la prise en charge médicale du demandeur ne doit être révélée. Un certificat médical non descriptif (CND) peut être présenté au guichet et joint aux lettres de recours gracieux adressées en A/R au préfet ;
- à l'égard des instances en charge de l'asile (Ofpra, CNDA) : il est inutile de signaler les motifs médicaux devant conduire à la nécessaire continuité des soins en France, 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.



Attention

Dans certaines hypothèses de procédure d'asile dite « accélérée », une obligation de quitter le territoire français (OQTF) peut survenir avant même l'expiration du délai de 3 mois, dès la décision d'irrecevabilité ou de rejet de l'Ofpra et même en cas de recours à la CNDA. Tel est notamment le cas si la personne provient d'un pays considéré comme « pays d'origine sûr », ou a présenté une demande de réexamen au titre de l'asile, ou est considérée comme présentant une menace grave pour l'ordre public (L542-2 Ceseda). Dans ces situations, si elle en a connaissance, il est souhaitable que la personne malade en procédure d'asile puisse justifier qu'elle a fait valoir le motif d'admission au séjour pour raison médicale avant la notification de l'OQTF liée à la procédure d'asile.

PROCÉDURE D'INSTRUCTION EN PRATIQUE

La procédure d'instruction des demandes d'admission au séjour pour soins des personnes en demande d'asile se déroule dans les mêmes conditions que pour l'ensemble des personnes étrangères gravement malades, avec toutefois certaines particularités.

Calcul du délai de 3 mois (L431-2 et D431-7 Ceseda) : lorsque ce délai est opposable (voir infra), le service médical de l'Ofii doit recevoir (A/R souhaitable) le certificat médical rempli (rédigé sur le formulaire vierge remis par la préfecture) dans les 3 mois suivant le jour de l'enregistrement en préfecture (Guda) de la demande d'asile en procédure normale ou accélérée. Une lettre d'accompagnement peut indiquer les raisons pour lesquelles des éléments médicaux complémentaires vont être envoyés ultérieurement.

Préfecture compétente (R431-21 Ceseda) : la préfecture compétente est celle du lieu de résidence. Toutefois, pour les personnes en procédure d'asile domiciliées auprès de la plateforme régionale d'accueil des demandeurs d'asile et donc pour certaines hors de leur département de résidence, la préfecture compétente est celle du lieu de la domiciliation asile. L'article L114-2 du Code des relations entre le public et l'administration prévoit que les

préfectures ont une obligation de transmission des demandes à l'autorité territoriale compétente, mais, dans la pratique, cette obligation est rarement mise en œuvre.

Possibilité de produire un justificatif de domicile ou une déclaration de domiciliation dite asile (R431-21 Ceseda), et de déposer la demande sans présentation « des documents justifiant de l'état civil et la nationalité » (R431-10 Ceseda).

Absence de délivrance d'un récépissé de la demande : il n'est pas remis de récépissé au demandeur d'asile titulaire d'une attestation de demande d'asile (R431-12 Ceseda).

Procédure d'instruction prioritaire par les services préfectoraux : le ministère de l'Intérieur invite les services préfectoraux à faire en sorte que « *les demandes de titres de séjour émanant de ressortissants de pays bénéficiant d'un faible taux de protection au titre de l'asile (dont ceux originaires de pays dits sûrs) soient instruites en priorité* » (annexe n° 3 circulaire du 28 février 2019).

Délivrance du titre de séjour : aucune disposition légale ou réglementaire n'empêche le préfet de délivrer la carte de séjour temporaire vie privée et familiale (ou une APS si défaut de résidence habituelle en France) en cas d'avis favorable du service médical de l'Ofii et alors même que la procédure d'asile est toujours en cours (CAA Paris, 26 mai 2011, n° PA03221).

CONDITIONS D'APPLICATION DU DÉLAI DE 3 MOIS

Les articles L431-2 et D431-7 du Ceseda ont prévu le principe d'un délai de 3 mois entre l'enregistrement en préfecture (Guda) de la demande d'asile en procédure normale ou accélérée et la réception par le service médical de l'Ofii du certificat médical rempli (rédigé sur le formulaire vierge remis par la préfecture).

Ce délai de 3 mois s'applique seulement dans les situations suivantes :

- si la demande d'asile est enregistrée en préfecture (Guda) en procédure normale ou accélérée à compter du 1^{er} mars 2019 (L431-2 Ceseda). Il ne s'applique pas tant que la demande d'asile est enregistrée en procédure Dublin ;
- si la préfecture est en mesure d'apporter la preuve qu'elle en a informé la personne en demande d'asile dans une langue qu'elle comprend ou dont il est raisonnable de penser qu'elle la comprend (L431-2 Ceseda). En pratique, cette information est délivrée en préfecture (Guda), lors de l'enregistrement de la demande d'asile en procédure normale ou accélérée, par la remise d'une notice d'information contre signature ;
- si la préfecture a mis la personne en demande d'asile en mesure de transmettre au service médical de l'Ofii le certificat médical prévu par la réglementation (article 1^{er} et annexe A de l'arrêté du ministère de l'Intérieur du 27 déc. 2016 ; annexe n° 3 de la circulaire du ministère de l'Intérieur du 28 février 2019). En cas de retard ou de refus des services préfectoraux de remettre ce certificat médical vierge destiné au service médical de l'Ofii (impossibilité d'obtenir un rendez-vous en préfecture, convocation tardive, refus pour défaut de passeport, refus de remise à un tiers ou de transmission par courrier en cas d'impossibilité de se déplacer ou d'hospitalisation, etc.), une lettre A/R devra être adressée au préfet justifiant des diligences effectuées dans le délai de 3 mois, demandant la transmission (par courrier ou convocation) du formulaire médical vierge, et mentionnant le droit à la protection contre l'éloignement en raison de l'état de santé (L611-3 9° Ceseda).



Attention

En cas de rejet de la double demande asile et soins, le recours contre l'OQTF doit être exercé devant le tribunal administratif dans un délai de 15 jours. Ce délai ne peut jamais être suspendu par le dépôt d'une demande d'aide juridictionnelle ou l'envoi d'un recours gracieux au préfet.



Attention

Le délai de 3 mois (à compter de l'enregistrement de la demande d'asile) s'applique seulement à la recevabilité d'une demande d'admission au séjour pour raison médicale. Ce délai ne s'applique jamais aux demandes de protection pour raison médicale contre les mesures d'éloignement. En pratique, alors même qu'elle n'aurait pas été en mesure, par méconnaissance ou empêchement, de déposer dans le délai initial de 3 mois une demande d'admission au séjour pour raison médicale, une personne en demande d'asile (ou dont la demande d'asile a été rejetée) dispose toujours du droit :

- d'invoquer des circonstances nouvelles (voir infra) pour justifier du dépôt d'une demande d'admission au séjour pour soins, et donc l'obligation pour le préfet de recueillir l'avis du service médical de l'Ofii ;
- d'invoquer, auprès du préfet ou dans le cadre d'un recours contentieux (TA, CAA), la protection contre le prononcé ou l'exécution d'une OQTF en raison de son état de santé (avec obligation pour le préfet de saisir le service médical de l'Ofii : L431-2, L611-3 9° et R611-1 Ceseda, et art. 9 de l'arrêté du 27 déc. 2016 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des certificats médicaux, rapports médicaux et avis mentionnés aux articles R313-22, R313-23 et R511-1 du Ceseda), ou de celui d'un des membres de sa famille notamment un enfant mineur (art. 3.1 CIDE) (voir 9.1. Protection contre les mesures d'éloignement, page 51).

NON-APPLICATION DU DÉLAI DE 3 MOIS EN CAS DE « CIRCONSTANCES NOUVELLES »

En cas de « circonstances nouvelles notamment pour raisons de santé » (L431-2 Ceseda), la personne en demande d'asile ne peut pas se voir opposer le délai de 3 mois pour déposer une demande d'admission au séjour pour soins. Elle pourra alors faire valoir des raisons de santé au soutien de son admission au séjour en France tout au long de la procédure d'asile, et même après le rejet de sa demande d'asile.

S'agissant des demandes d'admission au séjour pour soins, la non-application du délai de 3 mois devrait trouver à s'appliquer très largement parce que, dans la grande majorité des cas, les personnes exilées ignorent être porteuses d'une maladie grave avant leur arrivée en France ou l'importance de la prise en charge médicale appropriée, et que le diagnostic et leur accès aux soins risquent d'être retardés du fait des nombreux obstacles à l'accès aux soins (délai d'obtention d'une protection maladie, délai supplémentaire pour la réalisation d'un bilan de santé et la mise en place d'une prise en charge médicale adaptée, insuffisance de l'interprétariat, voir 12.1. Conditions de l'accès aux soins, page 66).

Dans tous les cas, le secret médical devra être préservé à l'égard des services préfectoraux lors de l'invocation de « circonstances nouvelles » pour déposer une demande d'admission au séjour pour soins après le délai de 3 mois. Comme le souligne la circulaire du ministère de l'Intérieur du 28 février 2019, les services préfectoraux ne pourront pas demander « la production de pièces contenant des informations relevant du secret médical » et devront laisser au demandeur la possibilité de « justifier des circonstances nouvelles par tout moyen ».

RECOURS EN CAS DE REFUS D'ENREGISTREMENT DES DEMANDES

Malgré le droit à la « double demande » (L431-2 Cesda), les associations et institutions de défense des droits constatent la fréquence de pratiques préfectorales refusant l'enregistrement des demandes d'admission au séjour pour soins des personnes en demande d'asile, ou leur demandant de se désister de leur demande d'asile pour le faire. Face à ces refus, la personne en demande d'asile doit pouvoir justifier qu'elle a tenté de faire enregistrer sa demande d'admission au séjour pour soins selon les modalités prévues en préfecture (présentation au guichet, voie postale, prise de rendez-vous par Internet). En pratique, après avoir tenté cette démarche et en avoir conservé une preuve, elle doit saisir le préfet en lettre A/R d'un recours gracieux contre ce refus d'enregistrement, tout en invoquant son droit à la protection contre l'éloignement en raison de son état de santé. Il est indispensable que ce recours parvienne en préfecture avant la notification d'une OQTF liée à la procédure d'asile. Ces démarches doivent donc être réalisées au plus tard dans les jours suivant l'audience à la CNDA ; et parfois avant même la décision de l'Ofpra en l'absence de volonté de faire appel devant la CNDA ou dans les hypothèses où le droit au maintien sur le territoire français peut être refusé (notamment lorsque le recours CNDA ne fait pas obstacle à l'édiction d'une OQTF car la personne provient d'un pays considéré comme « pays d'origine sûr » ou a présenté une demande de réexamen au titre de l'asile).

9. ÉLOIGNEMENT ET ENFERMEMENT DES ÉTRANGERS

9.1. Protection contre les mesures d'éloignement

Les mesures d'éloignement désignent des décisions administratives ou pénales contraignant, au besoin par la force et après enfermement (rétention/détention) ou assignation à résidence, une personne étrangère à quitter la France. Les personnes étrangères gravement malades sont protégées contre le prononcé et l'exécution de ces mesures selon les mêmes critères médicaux qu'en matière de droit au séjour. Les démarches pour mettre en œuvre cette protection sont différentes selon les décisions en cause.



- 9.2. Assignation à résidence pour raison médicale
- 9.3. Prison
- 9.4. Rétention administrative
- 9.5. Zones d'attente

IDENTIFICATION DES MESURES D'ÉLOIGNEMENT

L'identification des mesures d'éloignement prises par la France (ou par un autre État européen) à l'encontre d'une personne étrangère est indispensable pour l'informer sur sa situation administrative et les démarches et recours possibles.

Parmi les mesures d'éloignement prises à l'encontre des personnes étrangères, il faut notamment distinguer l'obligation préfectorale de quitter le territoire français (OQTF), l'interdiction de retour sur le territoire français (IRTF), l'arrêté préfectoral (APE) ou ministériel (AME) d'expulsion, et la peine d'interdiction du territoire français (ITF pénal). D'autres décisions administratives, non détaillées dans cet article, peuvent également contraindre une personne étrangère à quitter le territoire français :

- décision de transfert aux autorités d'un autre État européen en application des règlements Dublin ;
- décision de remise à un autre État européen (si entrée ou séjour régulier dans cet autre État, par exemple suite à une reconnaissance du statut de réfugié par cet État) ou de reconduite d'office à la frontière (si décision d'éloignement ou de signalement aux fins de non-admission de cet autre État) ;
- interdiction de circulation sur le territoire français (ICTF) prise à l'encontre d'un citoyen européen ou d'une personne étrangère titulaire d'un titre de séjour dans un autre État membre européen.

Les mesures d'éloignement ne peuvent pas concerner directement des personnes mineures (sauf les décisions de remise à un autre État européen, L621-1 et s. Ceseda).

Tableau 5. Dispositions protectrices (Ceseda) contre le prononcé des mesures d'éloignement à l'encontre des personnes étrangères malades

	Autorité compétente	Motifs de la décision	Délais de recours	Protection pour raison médicale
OQTF Obligation de quitter le territoire français (L611-1)	Préfet	Situation irrégulière	30 ou 15 jours ou 48 heures	L611-3 9°
IRTF Interdiction de retour sur le territoire français (L612-6 et s.)	Préfet	Situation irrégulière	30 ou 15 jours ou 48 heures	L611-3 9°
Arrêté préfectoral (APE) ou ministériel (AME) d'expulsion (L631-1)	Préfet (APE) ou ministre de l'Intérieur (AME)	Menace grave pour l'ordre public	2 mois	L631-3 5°
ITF Interdiction pénale du territoire français (L641-1)	Juge pénal	Condamnation pour certains crimes ou délits	10 jours (pour appel devant la cour d'appel)	L641-1 5 (et 131-30-2 5° du Code pénal)

L'OBLIGATION DE QUITTER LE TERRITOIRE FRANÇAIS (OQTF)

L'OQTF est la mesure d'éloignement qui vise de manière générale l'étranger en situation irrégulière (L611-1 Ceseda). Elle accompagne généralement un refus de délivrance, de renouvellement ou une décision de retrait de titre de séjour. Elle peut aussi être prise en dehors de toute demande d'admission au séjour, en particulier à l'occasion d'un contrôle d'identité conduisant souvent à un placement en centre de rétention ou lors d'une incarcération.

L'OQTF est le plus souvent assortie d'un délai de départ volontaire de 30 jours au terme duquel la personne étrangère doit avoir quitté la France, sauf si elle a exercé un recours au tribunal administratif dans le délai légal de recours contentieux (ce délai est mentionné à la fin de l'OQTF et court à compter de la date de notification de l'OQTF). Ce délai est souvent de 30 jours (OQTF refus première délivrance ou renouvellement de carte de séjour), mais il est raccourci dans les situations suivantes :

- délai de 15 jours : notamment pour les OQTF faisant suite à une procédure d'asile, y compris en cas de double demande asile et maladie (voir article page 46) ;
- délai de 48 heures : pour les OQTF sans délai de départ volontaire devant obligatoirement être notifiées par voie administrative (et non postale) ; pour les OQTF notifiées en prison.

En cas de recours contentieux exercé dans le délai, l'éloignement forcé hors de France n'est pas possible avant que l'OQTF ne soit confirmée par le tribunal administratif saisi du recours. Toutefois, passé le délai de départ volontaire de 30 jours ou en cas d'OQTF sans délai de départ volontaire, et même en cas de recours contentieux, le placement en centre de rétention est possible.

Régime plus défavorable dans les territoires d'outre-mer. Dans ces territoires, notamment à Mayotte, en Guyane et en Guadeloupe, sauf en Martinique, l'exercice d'un recours contentieux en annulation 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. Il est donc nécessaire d'exercer en parallèle un recours au tribunal administratif en référé suspension.

Les personnes étrangères gravement malades sont protégées par la loi contre le prononcé et l'exécution d'une OQTF selon les mêmes critères médicaux qu'en matière de droit au séjour et donc si leur « état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du

« système de santé du pays de renvoi, elles ne pourraient pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié » (L611-39 Ceseda). Cette protection absolue est applicable même si la personne étrangère n'a jamais sollicité son admission au séjour pour raison médicale.

- Si le délai de recours contentieux (de 30 ou 15 jours, ou de 48 heures) n'est pas expiré, il faut exercer un recours devant le tribunal administratif avec un·e avocat·e.
- Si le délai de recours contentieux est expiré, il convient d'envisager avec le soutien d'un·e avocat·e ou d'une association spécialisée et avec précaution les possibilités d'une (nouvelle) demande d'admission au séjour et d'abrogation de l'OQTF.
- En cas de placement en rétention, des modalités spécifiques d'intervention sont requises.

L'INTERDICTION DE RETOUR SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS (IRTF)

Dans de nombreuses hypothèses, le préfet peut de manière concomitante ou postérieurement à une OQTF prendre une IRTF à l'encontre d'une personne non européenne en situation irrégulière (L611-1 Ceseda). Sa durée initiale est de 2 ou 3 ans avec une prolongation possible de 2 ans (donc une durée totale ne pouvant excéder 5 ans, sauf menace grave à l'ordre public).

L'IRTF a des conséquences plus sévères pour l'étranger que l'OQTF, elle entraîne l'inscription dans le fichier de non-admission sur le territoire européen et sa durée ne commence à courir que le jour où la personne quitte ce territoire. Tant que l'IRTF est applicable, elle rend en principe impossible l'obtention d'un titre de séjour ou d'un visa et peut fonder le placement en rétention. Une demande d'asile demeure toutefois possible (notamment en cas de changements survenus dans le pays d'origine).
Exemple : si une personne frappée d'une IRTF ne quitte pas la France (ni le territoire européen), elle peut se voir opposer l'IRTF de manière illimitée quand bien même sa durée serait de 2 ou 3 ans (voir toutefois ci-dessous le paragraphe sur les demandes de régularisation de plein droit).

Le recours contre l'IRTF (et l'effacement de son signalement dans le fichier européen) est le plus souvent exercé en même temps et dans les mêmes conditions de délai que l'OQTF concomitante. En cas d'IRTF postérieure à l'OQTF, le délai de recours est de 15 jours après notification.

Si la personne quitte le territoire européen dans le délai de départ volontaire (en principe de 30 jours) qui lui a été accordé et en justifie de préférence dans les 2 mois suivant l'expiration de ce délai (notamment par la copie de la page de son passeport comportant le tampon de sortie du territoire européen ou par sa présentation au consulat de France ou à la délégation de l'Ofii dans le pays d'origine), elle peut demander l'abrogation de l'IRTF par lettre A/R au/à la préfet·e l'ayant édictée.

Si la personne se trouve en France et que l'IRTF est toujours applicable, la loi prévoit que la demande d'abrogation d'une IRTF ne peut être examinée, notamment pour raison médicale, que si la personne est préalablement assignée à résidence sur décision administrative ou si elle exécute une peine d'emprisonnement ferme. Les juridictions ont toutefois reconnu la possibilité de solliciter du préfet du lieu de résidence une régularisation de plein droit, notamment pour raison médicale, sans que la personne ait été préalablement assignée à résidence. Dans ces hypothèses, il est souhaitable de prendre les conseils d'un·e professionnel·le spécialisé·e sur les démarches et recours possibles.

L'ARRÊTÉ PRÉFECTORAL OU MINISTÉRIEL D'EXPULSION (APE OU AME)

L'arrêté d'expulsion est une mesure d'éloignement prise par l'administration (préfet ou ministre de l'Intérieur) contre une personne étrangère en situation administrative régulière (ou irrégulière) lorsqu'elle estime que sa présence en France constitue une « *menace grave pour l'ordre public* » (L631-1 Cesda). Elle peut concerner des personnes résidant en France depuis de nombreuses années et/ou titulaires d'une carte de séjour. À la différence de l'ITF prononcée par le juge pénal, elle doit être destinée à protéger l'ordre et la sécurité publique et non à punir. Sauf en cas d'urgence absolue, elle ne peut être prise qu'après audition et avis de la commission départementale d'expulsion (L632-1 Cesda) devant laquelle l'intéressé dispose du droit d'être assisté par un·e avocat·e, le cas échéant désigné·e au titre de l'aide juridictionnelle.

Les personnes étrangères gravement malades sont protégées contre le prononcé et l'exécution d'un arrêté d'expulsion selon les mêmes critères médicaux qu'en matière de droit au séjour et de protection contre les OQTF (voir supra). Cette protection ne peut être levée qu'exceptionnellement « *en cas de comportements de nature à porter atteinte aux intérêts fondamentaux de l'État, ou liés à des activités à caractère terroriste, ou constituant 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* » (L631-3 5, L731-4 et R631-1 Cesda).

L'arrêté d'expulsion (même ancien) interdit à la personne étrangère de revenir ou de séjourner en France tant qu'il n'est pas suspendu ou annulé par le juge, ou abrogé par l'administration, ou encore tant que la personne n'est pas assignée à résidence par l'administration (voir page 55).

Si le délai de recours contentieux de 2 mois suivant sa notification n'est pas expiré, l'arrêté d'expulsion doit faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif avec le soutien d'un·e avocat·e, le cas échéant désigné·e au titre de l'aide juridictionnelle. Ce recours n'étant pas suspensif de l'éloignement, un recours en référé doit également être exercé. En cas d'arrêté préfectoral d'expulsion, il est possible de saisir parallèlement le ministre de l'Intérieur d'un recours hiérarchique.

Lorsque l'arrêté d'expulsion est devenu définitif (délai de recours expiré ou rejet du recours par le juge), la personne étrangère devra en obtenir l'abrogation auprès de l'autorité l'ayant prononcé (préfet ou ministre de l'Intérieur). Cette demande ne peut être exercée que si l'intéressé·e justifie résider hors de France, ou si il/elle exécute une peine de prison ferme, ou encore si elle a été assignée à résidence sur décision administrative notamment parce que son état de santé répond aux critères médicaux du droit à la protection contre l'éloignement (L731-4 et L632-5 Cesda). Néanmoins, même si la personne étrangère réside toujours en France, un réexamen systématique des motifs de l'arrêté d'expulsion doit avoir 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 (L632-6 Cesda).



Attention

Si la mesure d'expulsion concerne une personne ayant la qualité de réfugiée, celle-ci peut saisir la Cour nationale du droit d'asile dans le délai d'une semaine à compter de la notification de la mesure afin qu'elle rende un avis au ministre de l'Intérieur sur le maintien ou non de la mesure (L532-4 Cesda).

L'INTERDICTION DU TERRITOIRE FRANÇAIS (ITF PÉNALE)

L'interdiction du territoire français, souvent appelée « double peine », peut être prononcée par le juge pénal à l'encontre d'une personne étrangère en situation régulière ou irrégulière comme sanction d'un crime ou d'un délit, notamment en cas de condamnation pour une infraction à la législation sur l'entrée, le séjour et le travail des étrangers. Sa durée peut être temporaire (jusqu'à 10 ans) ou définitive. Elle peut être prononcée à titre principal (peine unique) ou le plus souvent à titre complémentaire d'une peine d'amende ou de prison.

Les personnes étrangères gravement malades titulaires d'un titre de séjour délivré pour raison médicale (L425-9 Ceseda) en cours de validité le jour de l'audience pénale de jugement sont protégées de manière quasi absolue (sauf atteinte aux intérêts fondamentaux de la nation, etc.) contre le prononcé d'une ITF (L641-1 Ceseda et 131-30-2 5° Code pénal). Il peut s'agir d'une carte de séjour, d'un récépissé de demande de renouvellement, voire d'une APS ou d'une convocation (Cass. Crim. 26 juin 2013, n° 13-80.594). D'où l'importance, le plus souvent lors de la détention préventive, de soutenir (et de justifier auprès du juge pénal) des démarches de première délivrance ou de renouvellement de titre de séjour pour raison médicale face aux nombreux obstacles d'instruction des demandes opposés par les préfetures.

Tant qu'elle est applicable et sauf assignation à résidence, l'ITF interdit à l'étranger de revenir ou de séjourner en France (et donc d'obtenir un visa ou un titre de séjour). Pour l'exécution de l'éloignement, le préfet doit prendre un arrêté fixant le pays de destination susceptible d'un recours au tribunal administratif dans un délai de 2 mois. Les conditions dans lesquelles les ITF cessent d'être applicables (prescription, réhabilitation, etc.) sont complexes et nécessitent le soutien d'une professionnelle spécialisée. Il est aussi possible de saisir par courrier le procureur de la juridiction qui a prononcé l'ITF afin de le faire constater.

Expiration du délai d'ITF

La durée opposable de l'ITF ne commence à courir qu'une fois la personne hors de France. Ainsi, sauf les situations complexes liées à la prescription ou à la réhabilitation des peines pénales, une personne se trouvant en France sans quitter le territoire peut se voir opposer l'ITF de manière illimitée quand bien même sa durée serait de 3 ou 5 ans.

Si l'ITF est toujours applicable, son relèvement peut être demandé, notamment pour raison médicale, à la juridiction pénale l'ayant prononcé, avec l'assistance d'un.e avocat.e, à condition que la personne justifie résider hors de France, ou qu'elle exécute une peine de prison ferme, ou si elle a été assignée à résidence (L641-2 Ceseda). Si l'assignation à résidence peut être sollicitée quelle que soit l'ITF, le relèvement ne peut toutefois être demandé au juge pénal qu'en cas d'ITF prononcée à titre de peine principale (art. 702-1 Code de procédure pénale).

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE * * * * *

Fiches réflexes sur l'OQTF, l'IRTF, l'ICTF, en ligne sur le site de la Cimade, www.lacimade.org

10. ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET JURIDIQUE

10.1. Principes d'accompagnement

Nouvellement arrivées en France et/ou en séjour précaire, de nombreuses personnes exilées se retrouvent démunies au point d'être en situation de survie. Que ce soit dans les grandes métropoles, en outre-mer, dans les campements informels ou les lieux d'enfermement, les besoins de soutien social et juridique sont importants. Dans un contexte de complexification des procédures administratives, de dématérialisation de l'accès aux services publics, d'augmentation de la suspicion pesant sur les personnes étrangères, 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 l'ensemble des usager·e·s précaires. Pour les personnes exilées, les difficultés sont augmentées fréquemment par la barrière de la langue et la méconnaissance de l'organisation administrative du pays d'accueil. Les services sociaux de droit commun sont les premiers impliqués dans cet accompagnement. Les difficultés spécifiques aux personnes étrangères en matière d'accès aux droits nécessitent parfois le recours au contentieux.



- 10.2. Bilan social et juridique
- 10.3. Aide juridictionnelle
- 10.4. Domiciliation
- 10.5. Hébergement et logement
- 10.6. Scolarisation et université

SOUTIEN SOCIAL ET JURIDIQUE DE DROIT COMMUN

L'accompagnement social et juridique des personnes migrantes/étrangères en situation précaire requiert d'abord les compétences et les techniques de la relation d'aide utilisées par les travailleur·se·s sociaux·ales dans leurs missions de droit commun. Au-delà de la barrière de la langue qui nécessite le recours à l'interprétariat professionnel, les services sociaux de droit commun sont habilités et aptes à accompagner les personnes exilées quel que soit leur statut juridique, y compris si elles sont en séjour précaire ou irrégulier.

Départements et service social « de secteur ». Pour l'ensemble de la population, le service social départemental constitue le pivot du diagnostic et de l'orientation en matière d'accompagnement social et juridique. L'orientation vers le service social dit « de secteur » reste donc la priorité, notamment de la part des professionnel·le·s de santé ne bénéficiant pas d'un service social dans leur structure, lorsqu'ils

sont confronté·e·s 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 assistant·e·s sociaux·ales « de quartier » sont placé·e·s sous l'autorité du conseil départemental et ne relèvent donc ni du préfet ni de la mairie/commune du territoire au sein duquel ils exercent leurs missions d'aide aux personnes en difficulté (pour la ville de Paris, *voir les spécificités dans le Code de l'action sociale et des familles*).

Article L123-2 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 ou intercommunal 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 assistantes sociales de secteur. Ils exercent également des missions rendues obligatoires à l'échelle nationale (instruction de demandes d'aides sociales légales comme le RSA, domiciliation des personnes SDF, etc.).

Article L123-5 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 PERSONNES MIGRANTES/ ÉTRANGÈRES EN SITUATION PRÉCAIRE

L'accès aux services sociaux n'est soumis à aucune restriction particulière, et toute personne peut s'y adresser sans condition supplémentaire, même en l'absence de titre de séjour.

L'accès aux dispositifs de protection sociale pour les personnes étrangères dépend en revanche 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 11.1. Protection sociale selon le statut : repères et panorama, page 59, et 13. Dispositifs de protection maladie, page 70).

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 de rétablissement des liens familiaux, 98 rue Didot, 75694 Paris cedex 14
Tél. : 01 44 43 12 60
Fax : 01 44 43 34 85
Mail : recherches@croix-rouge.fr

SPÉCIFICITÉS DE L'ACCOMPAGNEMENT EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX DROITS

L'accès aux droits est une condition nécessaire à l'insertion de chacun·e dans la société, et une mission centrale du travail social. Cinq particularités caractérisent l'accès aux droits des personnes migrantes/ étrangères en séjour précaire :

- tout diagnostic social et juridique doit en premier lieu distinguer d'une part les règles du droit de l'immigration relatives à l'entrée, au séjour, à l'asile et à l'éloignement des étrangers, et d'autre part les règles relatives à la protection sociale de la population générale ;
- le droit de l'immigration est un champ complexe et soumis à des réformes fréquentes ;
- l'éligibilité des personnes étrangères à la protection sociale est directement corrélée à la nature de leur titre de séjour (ressortissant·e·s non-UE/EEE/Suisse) ou de leur droit au séjour (ressortissants UE/EEE/Suisse) (Voir 11.1 Protection sociale selon le statut : repères et panorama, page 59. Pour les droits des personnes étrangères en séjour irrégulier, voir *Sans papiers mais pas sans droits*, « Notes pratiques », Gisti, octobre 2019, 7^e édition) ;
- les conditions légales d'accès des étrangers aux prestations sociales se sont durcies depuis 30 ans, conséquence non seulement des restrictions pour accéder à un titre de séjour, mais aussi de celles portant sur les titres de séjour exigés pour l'accès aux droits sociaux ;
- les pratiques administratives se sont également durcies au point de créer un écart très important entre le droit théorique et la réalité des pratiques. Le recours à l'outil juridique est donc souvent nécessaire pour faire appliquer la réglementation.

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

- la nécessité de maîtriser l'organisation administrative de la France et la procédure administrative précontentieuse afin d'intervenir à l'amiable auprès des organismes publics ;
- la nécessité de sensibiliser les personnes concernées sur 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 le recours à la domiciliation (voir encadré ci-dessous), ainsi que de sensibiliser sur l'usage des courriers recommandés et des règles de notification des décisions administratives.

Pour en savoir plus sur la domiciliation :

<https://solidarites.gouv.fr/domiciliation-des-personnes-sans-domicile-stable>

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·e avocat·e (voir en ligne 10.3. Aide juridictionnelle). Il convient de noter que le recours à l'aide juridictionnelle ne signifie pas que l'avocat sera obligatoirement commis d'office. Les personnes étrangères en séjour irrégulier y ont un accès limité à certains domaines du droit. Attention aux règles spécifiques particulièrement restrictives concernant l'accès à l'aide juridictionnelle en matière de refus de séjour assorti d'une OQTF, notamment à la fin d'une procédure d'asile, et en cas de double demande asile et admission au séjour (voir 8. Double demande asile et maladie, page 46).

11. PROTECTION SOCIALE SELON LE STATUT

11.1. Repères et panorama

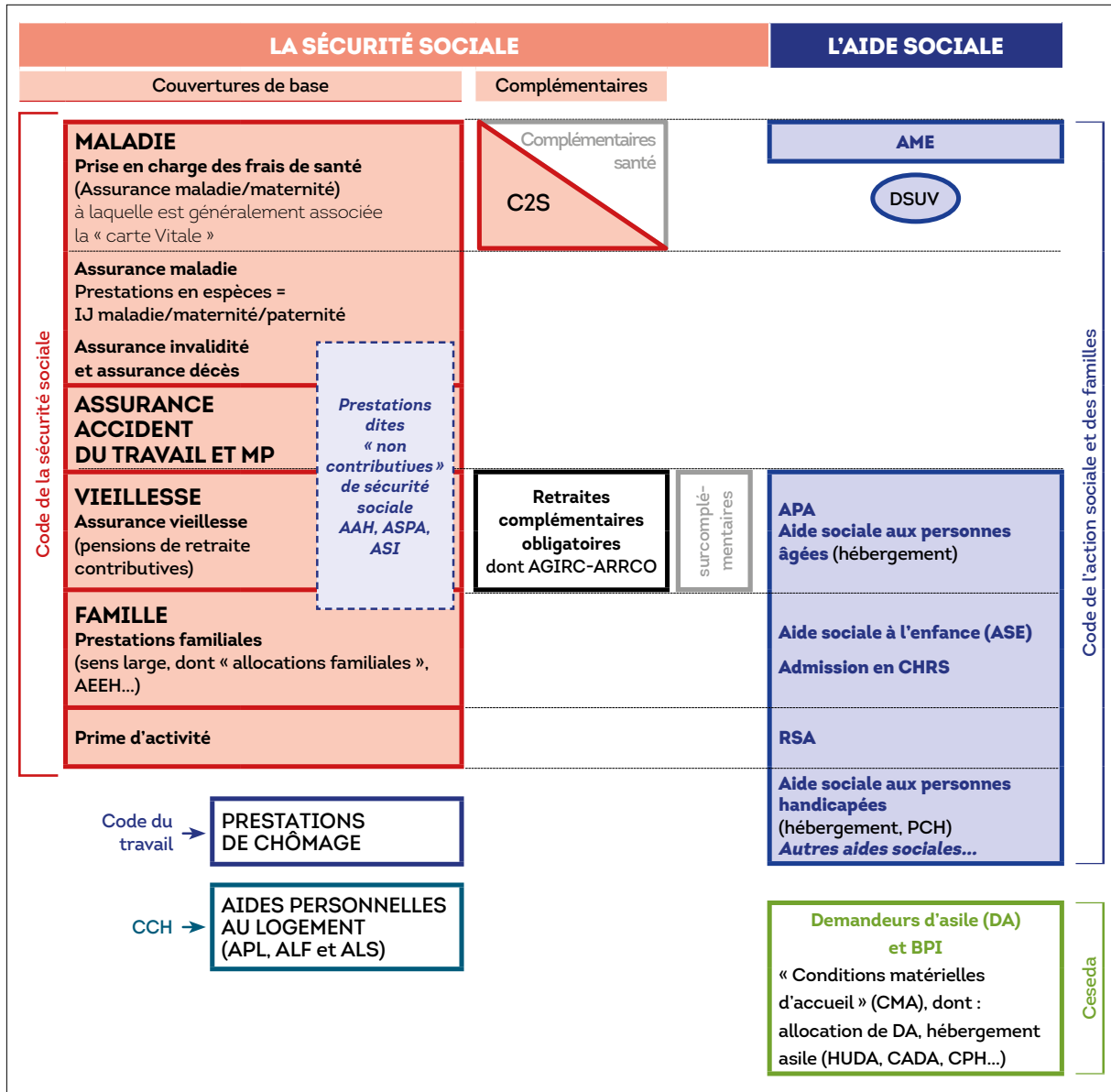
La protection sociale désigne un ensemble complexe de dispositifs et prestations portés par de nombreux organismes en charge de couvrir, soit des risques sociaux déterminés, soit certaines catégories de population. Outre la sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille), elle recouvre les régimes complémentaires de retraite, l'indemnisation du chômage, les revenus minimum et l'aide sociale. La protection sociale est une composante essentielle des droits humains garantie par les textes internationaux et le droit interne. Si les ressortissant·e·s étranger·ère·s ne sont jamais exclu·e·s de la protection sociale de par leur nationalité, ils et elles se voient appliquer des conditions légales spécifiques, notamment un contrôle de leur titre de séjour et de travail. Comme toutes les personnes précaires, ils sont confrontés aux difficultés d'accès aux informations, aux guichets, et de traçabilité de leur demande. Ils sont de surcroît confrontés à un durcissement des pratiques administratives dans un contexte de renforcement de la « lutte contre la fraude ». La connaissance des trois principales conditions de base pour accéder aux prestations servies par les organismes de protection sociale permet d'accompagner utilement les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits, quel que soit leur statut administratif.



- 11.2. Demandeurs d'asile
- 11.3. Bénéficiaire d'une protection internationale
- 11.4. Étrangers malades
- 11.5. Mineurs isolés étrangers
- 11.6. Migrant·e·s âgé·e·s et retraité·e·s
- 11.7. Citoyens de l'UE et membres de leur famille

Figure 5. Schéma simplifié de la protection sociale en France

(par type de prestations, et non par organisme gestionnaire)



Conception : Gisti - Comede (2022)

AAH	Allocation aux adultes handicapés
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALF	Allocation logement à caractère familial
ALS	Allocation logement à caractère social
AME	Aide médicale de l'État
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APL	Aide personnalisée au logement
ASI	Allocation supplémentaire invalidité
ASP	Allocation de solidarité aux personnes âgées
BPI	Bénéficiaire d'une protection internationale (réfugiés statutaires, protégés subsidiaires, apatrides statutaires)
CADA / CPH	Centre d'accueil pour demandeurs d'asile / centre provisoire d'hébergement (réfugiés statutaires)

CCH	Code de la construction et de l'habitat
Ceseda	Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
C2S	Complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C et ACS)
DSUV	Dispositif de soins urgents et vitaux
HUDA	Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile
IJ	Indemnité journalière d'arrêt de travail
MP	Maladie professionnelle
PCH	Prestation de compensation du handicap
RSA	Revenu de solidarité active

Pour toute la population, l'accès à la protection sociale est soumis à sept conditions générales (avec parfois des exceptions). Il s'agit pour chacun·e de justifier :

1. De sa « résidence habituelle » en France (soit résidence fiscale, soit présence effective et stabilisée et vocation à vivre durablement sur le territoire);
2. De son ancienneté de présence en France (au moins 3 mois ininterrompus / avec ou sans titre de séjour au cours de cette période), avec de nombreuses exceptions (voir page suivante) ;
3. De la validité d'un titre ou document de séjour (uniquement pour les ressortissants étrangers) ;
4. De l'ancienneté du séjour légal en France (uniquement pour les ressortissants étrangers, et pour certaines prestations dont les minima sociaux), et depuis 2020 d'une ancienneté du séjour irrégulier de 3 mois pour l'AME ;
5. De son identité ;
6. D'une adresse ou à défaut d'une domiciliation ;
7. De faibles ressources (uniquement pour les prestations destinées aux personnes démunies financièrement).

Les trois premières conditions pèsent fortement sur les ressortissants étrangers (notamment pour les nouveaux arrivants) et nécessitent les développements suivants.

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

Cette condition désigne la résidence « de fait », la présence physique sur le territoire français assortie d'une condition de stabilité de cette présence. Sont exclues les personnes en simple « passage » en France. Elle s'impose aussi bien aux ressortissants français qu'étrangers, aux assurés et aux ayants droit. Ce principe de territorialité des prestations concerne tant les prestations de sécurité sociale (L111 1, L311-7 CSS, dont l'Assurance maladie, la Complémentaire santé solidaire) que les prestations d'aide sociale (L111 1 CASF dont l'AME de droit commun). L'avis du Conseil d'État, rendu en assemblée générale le 8 janvier 1981 au sujet du dispositif d'aide médicale, donne un éclairage structurant sur la définition pour l'ensemble de la protection sociale : *« 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. [...] »* C.E. n° 328143 08/01/1981 (version intégrale sur le site de l'association Gisti).

Les définitions et appréciations de cette condition peuvent varier selon les prestations. Ainsi, la question des absences du territoire pour les personnes déjà bénéficiaires d'une prestation est régie en matière de sécurité sociale par l'article R111-2 du Code de la sécurité sociale (CSS) qui précise (pour les seuls non-travailleurs majeurs) que la condition demeure remplie si la personne a en France son foyer permanent (elle y a le centre de ses intérêts) ou, à défaut, le lieu de son séjour principal (cette dernière condition étant remplie en tout état de cause si la personne réside en France pendant plus de 6 mois au cours de l'année civile). Les modalités d'application de cet article ont été précisées 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, ce sont les mêmes règles que pour l'Assurance maladie qui s'appliquent (l'article R252-1 CASF renvoyant à l'article R111-2 CSS).

Cette condition ne doit pas être confondue avec le domicile ou la domiciliation, ni avec la condition de régularité du séjour (un étranger en séjour irrégulier peut être « résident habituel »), ni avec la condition d'ancienneté de présence (une personne peut être résidente habituelle dès son entrée en France dès lors qu'elle a vocation à y vivre durablement).

Cette condition empêche l'exportation des droits sociaux (sauf retraite contributive, rente accident du travail ou maladie professionnelle, ou convention internationale).

Parmi les exceptions notables concernant les ressortissants français comme étrangers se trouvent :

- les situations d'exportation hors de France des droits acquis en France : la pension de retraite contributive de droit français (exportable à l'étranger) ; les prestations en nature et en espèces de l'assurance accident du travail et maladie professionnelle ; les cas spécifiques de portabilité des droits sociaux (comme certaines prestations familiales ou l'Assurance maladie de base) lorsqu'ils sont prévus par des accords internationaux (par exemple, au sein des pays UE/EEE/Suisse, ou pour les pays ayant passé des conventions bilatérales de sécurité sociale avec la France) ; la prise en compte des membres de famille résidant à l'étranger pour le calcul du montant de certaines prestations (pension d'invalidité) ;
- les situations de passage temporaire en France avec dispense de condition de résidence habituelle pour des personnes vivant hors de France : en matière de protection maladie, se trouve le cas de pensionnés de retraite de droits français qui sont retournés vivre au pays (perte de la qualité de « résidant en France ») et qui conservent, par dérogation, le droit à l'Assurance maladie lors de leur visite temporaire en France.



Attention

L'absence de logement stable et/ou de domicile n'a pas de lien avec la notion de « résidence habituelle en France ». La résidence fiscale à l'étranger fait perdre, sauf exception, la qualité de résidant habituel en France.

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

En matière d'Assurance maladie et d'AME, la condition d'ancienneté de présence est fixée à au moins 3 mois de présence ininterrompue (D.160-2 CSS) sur le territoire métropolitain et/ou n'importe quel département d'outre-mer (Mayotte y compris, voir encadré ci-après). Cette condition empêche en principe l'accès à une protection maladie à toute personne nouvellement arrivée, quand bien même elle aurait vocation à vivre durablement en France. Les ressortissants français n'en sont pas dispensés. Pour la demande d'Assurance maladie, peu importe si ces 3 mois ont été effectués en séjour régulier ou pas, dès lors que la personne dispose du document de séjour adéquat au moment de sa demande (voir page 63, Condition n° 3). Pour l'AME, il est exigé 3 mois ininterrompus de séjour irrégulier.

Bien que Mayotte soit passée du statut de collectivité à celui de département d'outre-mer (DOM), le droit applicable n'y inclut ni la réforme Protection universelle maladie (PUMa) de 2015, ni l'aide médicale de l'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.

En matière de protection maladie, cette condition comporte de nombreuses exceptions, notamment une exception générale pour :

- les personnes exerçant une activité professionnelle légale et autorisée (droit sans délai à l'Assurance maladie ; L160-1 CSS) ;
- les mineurs (Assurance maladie ou AME) ;
- les membres de famille rejoignant un assuré social (rattachement à l'Assurance maladie sous réserve du titre de séjour ou visa adéquat ; art. D160-2 CSS).

De plus, le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) vise précisément à couvrir, sous conditions, le paiement de certains soins aux résident·e·s nouvellement arrivé·e·s en France.

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 2^e 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, et partant, remettre en cause tous les droits sociaux de la personne.

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

La condition de séjour « légal » des étrangers a été généralisée à quasiment 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. En matière de protection sociale, elle soulève des difficultés pour déterminer la frontière entre séjour régulier et irrégulier :

- pour les ressortissants non-UE/EEE/Suisse, il ne suffit pas d'être titulaire d'un « document de séjour », il faut que ce document figure dans la liste réglementaire de documents de séjour exigés pour accéder à la prestation sociale en question. Or, la réglementation prévoit des listes (de documents de séjour) variables selon les prestations. Ainsi, une « autorisation provisoire de séjour » permet à l'étranger d'être considéré comme en séjour régulier pour accéder à l'Assurance maladie, mais pas au RSA. Pour l'accès aux minima sociaux, s'ajoute une condition d'antériorité de titre de séjour avec droit au travail ;
- les ressortissants UE/EEE/Suisse doivent justifier d'un « droit au séjour » qui ne se matérialise pas obligatoirement par un titre de séjour (page 59). Les ressortissants UE/EEE/Suisse peuvent se trouver en séjour irrégulier et se voir interdire l'accès aux prestations sociales soumises à une condition de régularité du séjour.

La frontière entre Assurance maladie et AME/DSUV est précisée page 80 (liste des documents de séjour pour être éligible à la « prise en charge des frais de santé » (Assurance maladie) et à la Complémentaire santé solidaire en page 81).

Le séjour irrégulier en France ne prive pas les personnes de toute prestation sociale (voir figure 5, La protection sociale en France, page 60 ; voir également Sans papiers mais pas sans droits, « Notes pratiques », Gisti, octobre 2019, 7^e édition).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Repères généraux : site web de l'administration, *Comment la protection sociale est-elle organisée en France ?* ; <https://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regimes-securite-sociale/>

Ressources juridiques en droit des étrangers : Site internet de l'association Gisti : Accueil > Le droit > Réglementation > Protection sociale (<http://www.gisti.org/spip.php?rubrique111>)



ACCÈS AUX SOINS

Le type de protection maladie des ressortissants étrangers dépend de la régularité du séjour. Pour résoudre les difficultés d'accès aux soins, il est nécessaire de connaître l'organisation générale et la logique du système de protection maladie en France, ainsi que le sens des divers termes employés.

12. ACCÈS AUX SOINS, ACCÈS AUX DROITS

12.1. 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 personnes migrantes/étrangères en situation précaire sont 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 (Assurance maladie avec Complémentaire santé solidaire (C2S), ou aide médicale de l'État (AME)) peut permettre la continuité des soins. Or la prise en charge des personnes exilées se heurte à des difficultés croissantes d'obtention d'une protection maladie, mais également à des refus de soins par certain·e·s professionnel·le·s ou dispositifs de santé à l'égard des personnes étrangères en situation précaire.



- 12.2. Permanences d'accès aux soins de santé
- 12.3. Dispositif de soins urgents et vitaux
- 12.4. Venir se soigner en France
- 12.5. Facture hospitalière
- 12.6. Retards, restrictions ou refus de soins

OBSTACLES ET ITINÉRAIRES DE SOINS

Très souvent évoqués, les obstacles culturels à l'accès aux soins ne se trouvent pourtant pas forcément du côté des personnes migrantes/étrangères. En matière de sécurité sociale, la complexité du droit et des procédures est ressentie par l'ensemble des usager·ère·s et des professionnel·le·s. S'il existe une culture commune aux personnes étrangères 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 usager·ère·s « à problème » participe de l'exclusion des soins. L'existence de dispositifs « spécialisés » (pour les personnes pauvres et/ou étrangères) et le recours parfois inadapté aux dispositifs de soins gratuits entretiennent les mécanismes d'une exclusion « douce ». De plus, pour beaucoup de croyances, les soins et traitements gratuits sont réputés être moins efficaces que les soins payants. En dépit du principe de « présomption de droit à une protection maladie » applicable à toute personne résidente, la culture du remboursement propre à l'institution de la sécurité sociale perdure, alors que certains soins ne peuvent attendre l'issue de l'instruction de la protection demandée. Enfin, la culture médicale, où prime parfois la technicité du soin sur l'accompagnement global, peut également poser problème. L'obtention d'une protection maladie n'est pas seulement « l'affaire de l'assistant·e sociale », mais doit également impliquer les soignant·e·s et notamment les médecins.

Les obstacles linguistiques se rencontrent à toutes les étapes du parcours pour les personnes non francophones (voir 3. Interprétariat et médiation, page 17). La présence d'un·e interprète professionnelle est particulièrement recommandée, mais difficile à obtenir dans de nombreux dispositifs de soins et de prévention. Il est également possible de faire appel à un·e interprète par téléphone.

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 centres de lutte anti-tuberculeuse (CLAT), psychotropes dans les centres médico-psychologiques (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 permanences d'accès aux soins de santé (Pass)). 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 maladie individuelle de base et complémentaire préalable), et à défaut dans les Pass de l'hôpital public, dont certaines génèrent toutefois des factures.

PREMIERS SOINS ET CONTINUITÉ DES SOINS

Les difficultés et restrictions d'accès à une protection maladie renforcent le recours aux dispositifs de soins gratuits, d'autant plus que les procédures d'instruction accélérée de la Complémentaire santé solidaire (C2S, CSS) ou de l'AME sont rarement mises en œuvre par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) / caisses générales de sécurité sociale (CGSS). 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 parfois à développer une médecine « à moindres frais », où les examens et les traitements délivrés ne dépendent plus seulement de la pathologie, mais des ressources du dispositif et/ou du/de la patient·e.

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 a posteriori, elles-mêmes à l'origine de renoncement aux soins pour les personnes qui ne peuvent s'en acquitter.

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 personnes usagères financièrement démunies 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. Considéré·e·s comme « perdu·e·s de vue » par les dispositifs de droit commun, certain·e·s de ces patient·e·s retournent, en cas d'aggravation de leur état, vers les dispositifs spécialisés.

OBTENIR UNE PROTECTION MALADIE

Pour les personnes exilées récemment arrivées en France, l'obtention d'une protection maladie (voir page 66) a été restreinte au cours des dernières années. Les réformes législatives concernent en particulier les personnes « sans-papiers » : instauration d'un délai d'ancienneté de présence de 3 mois pour l'aide médicale de l'État (2003), transformé en délai d'ancienneté de présence de 3 mois en séjour irrégulier (2019). Par ailleurs, les demandeur·se·s d'asile se sont vu·e·s supprimer (2019) la dispense du délai de 3 mois d'ancienneté de présence en France pour accéder à l'Assurance maladie. Démunies et dépourvues de droit à une protection maladie, les personnes concernées retardent souvent la demande de soins, et s'adressent alors principalement aux hôpitaux, fréquemment en situation d'urgence.

Récemment arrivées en France ou en situation de rupture de droits, les personnes exilées sont essentiellement des « entrants dans le système » à toutes les étapes : identification (anciennement « immatriculation »), ouverture de droits à la couverture de base, admission à la Complémentaire santé solidaire ou à l'AME. Des difficultés persistent en raison de la complexité du système et de la méconnaissance du droit par les professionnelles 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 (multiplication des documents précaires de séjour régulier) et aux changements fréquents de statut administratif des personnes (visas versus titres de séjour, demande d'asile...).

Pour les personnes qui en relèvent, la Complémentaire santé solidaire doit être demandée de façon concomitante à la protection maladie de base. La C2S accessible à toute personne qui remplit les conditions d'éligibilité à l'Assurance maladie de base (régularité et stabilité de la résidence en France) et dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond/montant (pour la C2S sans participation financière, moins de 765 euros par mois en 2022 pour une personne seule). Une demande concomitante de la protection de base et de la protection complémentaire permettra une ouverture de la Complémentaire santé solidaire le premier jour du mois suivant l'ouverture des droits de base, ou de façon rétroactive si un besoin en soins est identifié ou si la situation sociale de la personne demandeuse l'exige.

L'information délivrée, au besoin à l'aide d'une interprète, est déterminante. La personne doit comprendre l'intérêt des démarches et leur logique : seule la Complémentaire santé solidaire/AME garantit la dispense d'avance des frais pour tous les soins, contrairement au « 100 % ALD » qui ne concerne que les soins liés à la pathologie concernée (voir encadré ci-dessous). Elle doit être prévenue 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'instruction prioritaire (Complémentaire santé solidaire ou AME) pour revenir solliciter l'intervention du/de la professionnel.le ou de l'association, et assurer le suivi de cette demande.

Certaines affections de longue durée (ALD) permettent une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, quel que soit le niveau de ressources. Il est important d'en faire la demande afin de permettre la continuité des soins à l'occasion des renouvellements, ou en cas de perte de la Complémentaire santé solidaire lorsque la situation sociale et financière s'améliore. Le « 100 % » est également possible dans d'autres circonstances, particulières et/ou ponctuelles : soins en fin de grossesse et accouchement, hospitalisation longue, chirurgie lourde, etc.

L'intervention d'un·e professionnel·le ou d'une association spécialisée auprès du centre de sécurité sociale ou du siège de la CPAM/CGSS peut être nécessaire. Il est souvent impossible pour un·e demandeur·se isolé·e de lever un obstacle sans aide. En outre, certaines solutions restent hors d'atteinte des personnes intervenantes, 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 professionnelles de santé (consultation médicale, délivrance de médicaments...), notamment en cas d'absence de carte Vitale et malgré une notification écrite d'ouverture des droits.

Permanences téléphoniques socio-juridiques du Comede sur les questions relatives à l'accès aux dispositifs de soins, Assurance maladie, Complémentaire santé solidaire, AME, dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) et droit au séjour des étrangers malades. [Voir les coordonnées et horaires des permanences nationales et régionales : https://www.comede.org/les-permanences-telephoniques/](https://www.comede.org/les-permanences-telephoniques/)

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

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

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

Rapport sur l'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

13. DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE

13.1. Organisation générale du système français

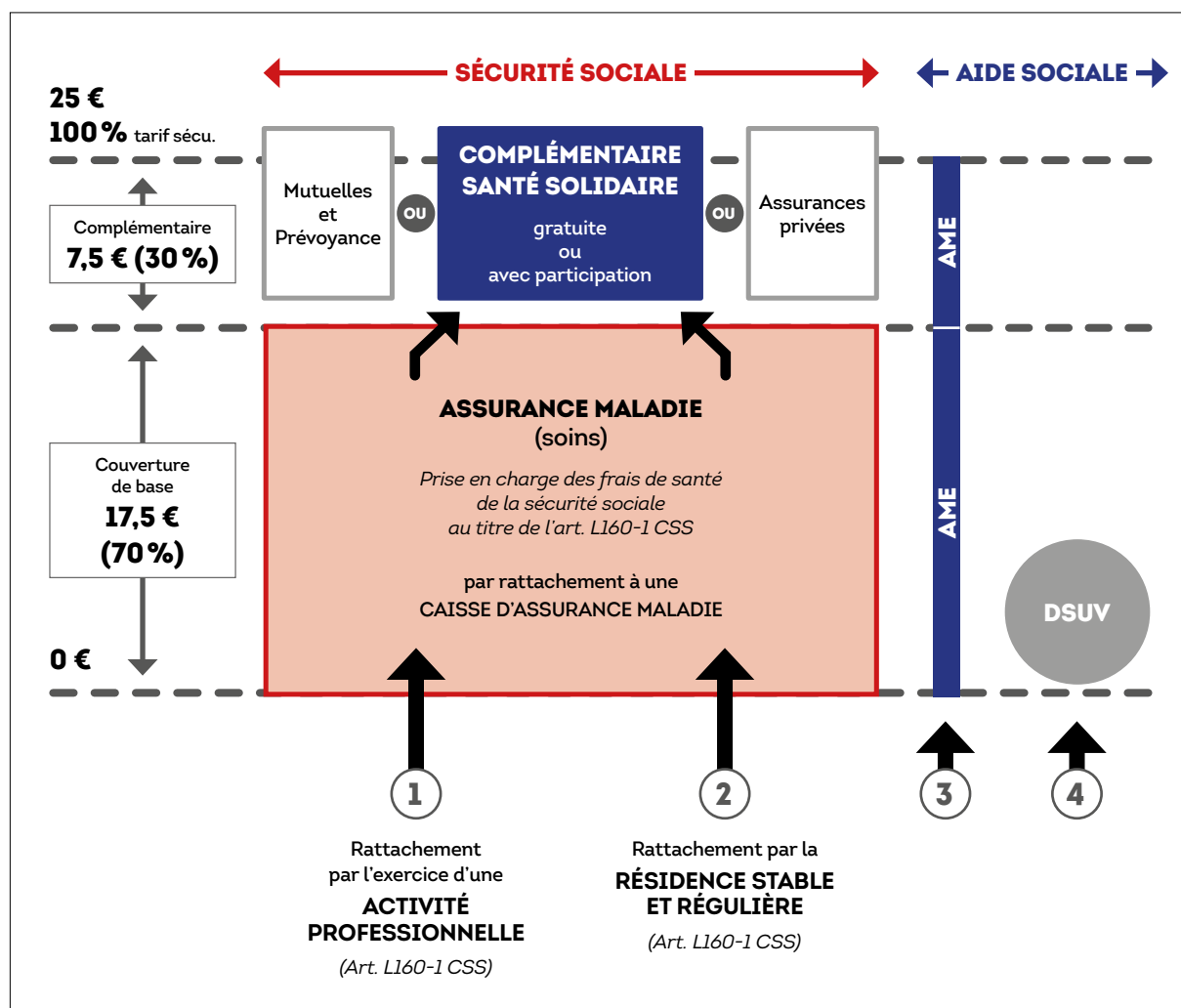
En principe, toute personne démunie - française ou étrangère - « résidente » en France depuis plus de 3 mois a droit à une protection maladie, base et complémentaire, de service public assurant une « gratuité » des soins. Depuis 2020, ce principe général comporte une exception : pour la personne étrangère majeure, aucune protection maladie n'est garantie pendant les 3 mois qui suivent l'expiration de son visa ou de son titre de séjour non renouvelé. Le type de protection maladie des ressortissants étrangers dépend de la régularité du séjour au regard de la réglementation sur la police des 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.



- 13.3. Assurance maladie
- 13.4. Complémentaire santé solidaire
- 13.5. Aide médicale de l'État

Le système français s'est construit autour de la notion d'aide sociale et de sécurité sociale, rendant nécessaire l'ouverture préalable des droits à une protection maladie (par une caisse d'assurance maladie) avant de consulter un.e professionnel.le de santé, sauf à payer soi-même les dépenses. La complexité du dispositif français réside dans la coexistence d'un double système Assurance maladie versus aide médicale de l'État (AME) et d'un double étage de prise en charge financière : couverture de base avec reste à charge, et couverture complémentaire assurée par une mutuelle, institut de prévoyance ou assurance santé pour couvrir tout ou partie du reste à charge (dépense restant à la charge de la personne après remboursement de la part couverte par l'Assurance maladie obligatoire).

Figure 6. Schéma simplifié du système français de protection maladie

**Légende**

Montants en euros en 2023

En bleu, prestations sous condition de ressources

25 € : Ici, prix d'une consultation de médecine générale en libéral secteur 1 correspondant au tarif « sécurité sociale » ou tarif dit de « responsabilité » (2023 ; tarif en métropole / DOM : 27,60 €)**7,50 €** : Voir *Ticket modérateur* (DOM : 8,28 €)**17,50 €** : Voir *Part obligatoire* (DOM : 19,32 €) [le schéma ne fait pas apparaître la *contribution forfaitaire* de 1 € qui est à déduire du montant effectivement pris en charge par l'Assurance maladie (16,50 € sur 17,50 €)]**AME** : Aide médicale de l'État**BASE** : Part de la dépense de santé prise en charge par l'Assurance maladie (ici 17,50 €) ; Voir *Part obligatoire***CSS** : Code de la sécurité sociale**DSUV** : Dispositif de soins urgents et vitaux

Sur le schéma ci-avant, les quatre portes d'entrée dans le système français de protection maladie sont représentées par les pictogrammes suivants :



L'exemple choisi concerne le paiement d'une consultation de médecine générale en libéral secteur 1 (25 euros en 2023 en métropole), mais est généralisable à l'ensemble des soins, y compris au paiement des soins hospitaliers par les patients. Chacune des portes d'entrée s'adresse à des personnes différentes (un seul rattachement pour une même personne à un instant donné).

- ① Rattachement à l'Assurance maladie obligatoire du fait de l'exercice d'une activité professionnelle avec paiement de cotisations (salarié·e·s ou professions indépendantes). Cette situation concerne les Français et les étrangers en séjour légal au sens de l'Assurance maladie (liste de documents de séjour fixée par arrêté ministériel, page 81, et 14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, page 79).
- ② Rattachement à l'Assurance maladie obligatoire en cas d'absence d'activité professionnelle, et fondé sur la résidence (présence) en France avec éventuel paiement d'une cotisation proportionnelle aux revenus, y compris les revenus du patrimoine (dispense de cotisation (gratuité) en dessous d'un plafond de ressources). Cette situation concerne les Français, et les étrangers en séjour légal au sens de l'Assurance maladie (liste des titres et documents justifiant de la régularité du séjour en France fixée par arrêté ministériel).
- ③ Ouverture des droits à l'aide médicale de l'État (AME) : aide sociale sous condition de ressources pour les étrangers en séjour irrégulier (y compris UE/EEE/Suisse). Possibilité de demander l'AME sur décision (discrétionnaire) du ministre pour déroger aux conditions légales d'ouverture des droits (AME dite « humanitaire »).
- ④ Bénéfice du dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) : pour les établissements de santé ayant délivré des soins à un étranger non éligible à l'AME.

L'ordre ① ② ③ ④ correspond à la subsidiarité des dispositifs les uns par rapport aux autres (par exemple, une caisse n'examine pas les droits à l'AME si la personne est éligible à l'Assurance maladie).

LES DISPOSITIFS

L'Assurance maladie obligatoire (avec une assurance maladie complémentaire facultative) représente la protection de droit commun accessible à toute personne installée en France (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas d'urgence médico-chirurgicale) et, pour les étrangers, accessible seulement à ceux résidant avec un droit au séjour légal. L'ouverture des droits à l'Assurance maladie est accordée, soit du fait de l'exercice d'une activité professionnelle autorisée, dès la première heure travaillée (repère ① du schéma), soit du fait de la simple présence en France avec ou sans cotisation en fonction des ressources (repère ②). Depuis la réforme dite PUMa (Protection universelle maladie de 2015), le statut d'« ayants droit » ne concerne plus que les mineurs à la charge d'un assuré (non figuré sur le schéma). La durée d'ouverture des droits ne peut être inférieure à 6 mois, même lorsque le titre de séjour est de plus courte durée. Il n'y a pas de rétroactivité de la date d'ouverture des droits (et donc pas de remboursement des soins effectués avant la date de la demande), sauf si une demande de Complémentaire santé solidaire a été faite simultanément. L'ouverture du droit à l'Assurance maladie est matérialisée par la délivrance d'une notification papier, puis d'une carte Vitale sous réserve de l'obtention d'une identification (ex-immatriculation) définitive.

La Complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C ou ACS-Aide au paiement d'une complémentaire) est une protection complémentaire de service public accessible à toute personne assurée et financièrement démunie, qu'elle soit assurée comme travailleur (repère ①) ou sur critère de résidence

(repère ②). Elle s'ajoute à l'Assurance maladie pour couvrir 100 % du tarif sécurité sociale, et même au-delà de ce tarif en matière de prothèses et lunettes. Elle est soit gratuite (personnes assurées dont les ressources sont inférieures à un plafond annuel), soit avec paiement d'une participation (personnes dépassant jusqu'à 35 % le plafond). Au-delà du seuil de ressources, les personnes ne peuvent pas obtenir la Complémentaire santé solidaire. Si elles ne sont pas couvertes par le contrat de complémentaire collectif de leur entreprise, elles peuvent souscrire un contrat payant auprès d'un opérateur privé (mutuelles, instituts de prévoyance ou assurance santé). Si le délai d'instruction peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne, le professionnel (médecin, travailleur social) peut demander à la caisse, sur la base d'une lettre, une « instruction prioritaire ». Les droits ouverts à la Complémentaire santé solidaire sont d'un an incompressible, sauf si le premier titre de séjour présenté est d'une durée inférieure à 6 mois. Le ministère de la Santé a fixé un seuil de 2 mois pour la rétroactivité de couverture des soins délivrés en ville ou en établissement de santé. La dispense complète d'avance de frais étant un droit, aucun professionnel de santé (y compris les pharmaciens et dentistes) ne peut exiger le paiement des soins pour un bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (idem AME).

L'aide médicale de l'État (AME) est une protection maladie (repère ③ du schéma) sous condition de ressources, accordée aux étrangers démunis résidant en France (ce qui exclut les personnes de passage, même en cas d'urgence médico-chirurgicale) et qui ne sont pas éligibles à l'Assurance maladie faute de séjour légal. L'AME couvre les mêmes soins que l'Assurance maladie, à l'exception de certaines prestations, notamment la procréation médicalement assistée et l'hébergement des enfants handicapés dans certaines structures spécialisées. Les soins sont financés dans la limite de 100 % du tarif de la sécurité sociale. La caisse d'assurance maladie du lieu de résidence est chargée de l'instruction de la demande. Si le délai d'instruction (2 mois en théorie) peut avoir des conséquences sur l'état de santé de la personne, et en dehors de toute urgence (laquelle justifie une orientation immédiate vers l'hôpital), le médecin peut requérir sur la base d'un certificat médical l'instruction prioritaire de la demande. Les droits à l'AME sont ouverts à compter de la date de la demande et pour une période d'un an. La rétroactivité maximale de 90 jours est possible pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé. Une carte d'AME comportant une photo et un numéro d'identifiant est délivrée. Cette carte est différente d'une carte Vitale (laquelle est réservée aux assurés sociaux).

Le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) (repère ④ du schéma) n'est pas un système de protection maladie pour la personne, mais un mode de paiement a posteriori des soins fournis en urgence par l'hôpital public ou privé. Il doit être mis en œuvre dès que l'état de santé de la personne le requiert, et que la personne n'a pas droit à l'AME. Il couvre l'ensemble des soins dont le défaut pourrait conduire à « une altération grave et durable de l'état de santé » (perte d'espérance de vie sans incapacité). Les femmes enceintes (dont les soins de prévention et les interruptions de grossesse), les mineurs et les personnes qui présentent une pathologie nécessitant d'éviter sa propagation à l'entourage ou à la collectivité (tuberculose, infection par le VIH, VHB, VHC...) sont explicitement incluses dans le champ d'application du DSUV. Pour en bénéficier, il faut être de nationalité étrangère, être présent en France et être en séjour irrégulier. Par exception, bien qu'étant en séjour régulier, les demandeurs d'asile majeurs dûment enregistrés auprès de l'autorité de police relèvent du DSUV pendant les 3 premiers mois de leur présence en France. En pratique, pour déclencher le DSUV, les circulaires ministérielles indiquent que l'hôpital doit déposer une demande d'AME avec la personne concernée qui, soit se voit notifier un refus par la caisse, soit doit attendre un refus implicite. Les circulaires ministérielles précisent que les hospitalisations, les consultations, les médicaments prescrits à l'occasion des soins urgents et les frais de transport sont pris en charge.

Tableau 6. Récapitulatif des différences entre un rattachement professionnel ① et un rattachement sur critère de résidence ②

	Sur critère professionnel	Sur critère de résidence
Panier de soins (type de soins couverts)	Aucune différence dans le panier de soins entre les assurés : tous bénéficient de la même prise en charge des frais de santé	
Caisse de rattachement	Obligatoirement la caisse de cotisation de l'employeur ou de l'activité	- Caisse du régime général - Possibilité de rattachement à la caisse de cotisation de l'employeur ou de l'activité du conjoint
Prestations en espèces (indemnités journalières d'arrêt de travail)	Oui	Pas de prestations en espèces
Contrôle de la résidence habituelle en France (au sens de l'art. R111-2 du CSS)	Non	Oui
Délai d'ancienneté de présence en France de 3 mois	Pas de délai de 3 mois	Délai de 3 mois*
Définition de la régularité du séjour de l'assuré étranger	Même définition	
Prolongation des droits de 6 mois (articles L160-1 et R111-4 CSS)	Oui (base et Complémentaire santé solidaire)	
Mode de paiement de la cotisation	Prélèvement à la source (notamment via le bulletin de paye)	Déclaration annuelle (sauf cas de dispense)

* Sauf exceptions, voir page 70, 13.1. Organisation générale du système français

À propos du vocable PUMa : l'acronyme « PUMa » (Protection maladie universelle) désigne la réforme du Code de la sécurité sociale intervenue fin 2015. Le Code de la sécurité sociale ne mentionne ce terme qu'une fois (art. L200-1) pour désigner l'Assurance maladie obligatoire (c'est-à-dire la couverture de base). Pour éviter les incompréhensions préjudiciables en matière d'accès aux droits, il est recommandé de ne pas utiliser les vocables « droits PUMa », etc. Pour désigner les prestations concernées, le présent guide utilise le vocable « prise en charge des frais de santé de la sécurité sociale » (CSS, article L160-1) ou encore « Assurance maladie » (CSS, article L.O.111-3).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Comede-Gisti, *La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale*, note pratique, novembre 2017, mise à jour décembre 2020, www.gisti.org

France Assos Santé, Fiches pratiques, www.france-assos-sante.org

Service public, Fiches pratiques Social - Santé, www.service-public.fr

Site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr

13. DISPOSITIFS DE PROTECTION MALADIE

13.2. Bilan des droits et méthodologie

Les ressortissant·e·s étranger·e·s peuvent accéder au système de protection maladie via l'une des quatre portes d'entrée (voir 11.1 Protection sociale selon le statut : repères et panorama, page 59), selon le croisement de trois variables : nature de leur « résidence » en France, ancienneté de leur présence en France, statut administratif du séjour. Pour aider à l'accès aux droits, il importe de maîtriser la hiérarchisation des différents dispositifs. Cet article détaille certaines catégories de personnes dont les conditions d'accès aux soins posent des difficultés particulières. La situation de la personne étrangère souhaitant venir en France pour recevoir des soins sous « visa pour raison médicale » est abordée dans la page « [Questions fréquentes](#) » du site.

HIÉRARCHISATION DES DISPOSITIFS ET CONDITIONS D'ENTRÉE DANS LE DROIT¹

Il existe deux systèmes de protection maladie :

- l'Assurance maladie obligatoire (augmentée éventuellement d'une protection complémentaire dont la Complémentaire santé solidaire/C2S) visant à couvrir les résident·e·s français·e·s et les résident·e·s étranger·e·s en séjour légal ;
- l'aide médicale de l'État (AME) de droit commun, visant à couvrir les résident·e·s étranger·ère·s démun·e·s en séjour irrégulier ;

Ainsi que trois systèmes subsidiaires et ponctuels de prise en charge qui permettent de couvrir certaines situations exceptionnelles (généralement du fait de l'urgence des soins et de l'absence de droits ouvrables à une protection maladie) :

- l'assurance privée de l'étranger sous visa (limitée par contrat en général aux seuls soins inopinés) ;
- le dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) ;
- l'aide médicale de l'État sur décision du ministre (dite « AME humanitaire »).

Présentation sommaire des conditions d'entrée dans le droit (hors ayant droit, hors prolongation des droits et hors application d'un mécanisme de coordination internationale entre États). Pour toute la population, l'accès à la protection sociale en général est soumise à six conditions communes (voir 11.1. Protection sociale selon le statut : repères et panorama, page 59). Il s'agit pour chacun de justifier :

1. De sa présence effective et stable en France (résidence fiscale, ou présence de fait stabilisée avec vocation à vivre durablement sur le territoire) ;
2. De son ancienneté de présence en France (au moins 3 mois ininterrompus / avec ou sans titre de séjour au cours de cette période) ; pour l'AME, il est imposé que les 3 mois ininterrompus se déroulent en séjour irrégulier ;
3. De la validité d'un titre ou document de séjour ou d'un droit au séjour au moment de la demande (uniquement pour les ressortissants étrangers). En matière de protection maladie, ne s'ajoute aucune condition supplémentaire d'antériorité de titre de séjour et de travail ;
4. De faibles ressources (uniquement pour les prestations destinées aux personnes démunies financièrement) ;
5. De son identité ;
6. D'une adresse ou à défaut d'une domiciliation.

¹ - Pour le classement des dispositifs par ordre décroissant de niveau de couverture, voir article précédent.

Tableau 7. Rappel des conditions d'entrée dans le droit par dispositif

	RHF	APF	SR	Ressources		Subsid.
				Plafond	Cotis.	
① Assurance maladie sur critère professionnel	Non	Non	Oui ³	Non	Oui	Non ⁴
② Assurance maladie sur critère de résidence	Oui	3 mois ¹	Oui ³	Non	Oui	Oui
- Complémentaire santé solidaire	Oui	3 mois ¹	Non ¹	Oui	Non	-
③ AME de droit commun	Oui	3 mois ²	Non	Oui	Non	Oui
④ Dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV)	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui

Les chiffres ① ② ③ ④ renvoient aux repères du schéma de l'architecture du système

- 1 Sauf exceptions, voir 13.1. Organisation générale du système français, page 71.
- 2 Sauf mineurs (et membres de famille rejoignants), ou dérogation accordée au titre de l'AME sur décision du ministre.
- 3 Voir exceptions dans 14.1 Régularité du séjour pour la protection maladie, page 79.
- 4 La subsidiarité avec un éventuel système de coordination internationale est toujours écartée au profit du critère du lieu (de l'État) de travail.

RHF : Condition de résidence habituelle en France

APF : Condition d'ancienneté de présence en France de 3 mois

SR : Condition de séjour régulier

Plafond : Existence d'un plafond de ressources maximum à ne pas dépasser

Cotis. : Cotisation obligatoire (non = gratuité)

Subsid. : Subsidiarité avec un autre dispositif de rang supérieur dans le tableau

MÉTHODOLOGIE POUR ÉTABLIR UN BILAN DES DROITS

Le principe de subsidiarité impose un examen des différentes portes d'entrée par élimination, dans l'ordre ① puis ② puis ③ puis ④. En effet, les dispositifs AME et DSUV relèvent de l'aide sociale, laquelle n'intervient qu'une fois que les personnes ont fait valoir leurs droits aux prestations de sécurité sociale. Le rattachement à l'Assurance maladie au titre de la résidence n'est mis en œuvre que si la personne n'est pas rattachée au titre d'une activité professionnelle.

Exemple pour une personne étrangère résidant en France depuis 5 ans, dont 2 ans avec une autorisation de séjour et actuellement sans aucun document préfectoral de séjour : avant d'étudier la possibilité d'obtenir l'AME (personne étrangère en séjour irrégulier ③), il convient de vérifier si aucune prolongation des droits de 6 mois (minimum) au titre de ① ou ② n'est possible (la personne n'avait-elle pas eu des droits ouverts l'année dernière au moment où elle résidait légalement ?).

La subsidiarité avec les systèmes internationaux de coordination de sécurité sociale pose de nouveaux problèmes pour les personnes en provenance des pays ayant signé de tels accords avec la France (notamment UE-EEE-Suisse). En effet, si la personne installée en France (ce qui exclut la situation des personnes de passage notamment couvertes par leur CEAM) y bénéficie de la portabilité de ses droits acquis au pays d'origine, cette protection maladie prévaut sur un rattachement au titre de ② ③ ④.

Il est nécessaire de recueillir de nombreux renseignements afin de déterminer l'éligibilité à l'une des protections maladie (voir 10. Accompagnement social et juridique, page 56).

1. Identité/nationalité/état civil de la personne
2. Adresse, domiciliation, hébergement, logement
3. Téléphone portable, adresse mail, accès à l'Internet
4. Entrées, séjours et périodes de résidence en France
5. Démarches préfectorales d'admission au séjour effectuées, titres de séjour obtenus et refus
6. Passé judiciaire et enfermement (dont incarcération et rétention administrative)
7. Attaches familiales en France et à l'étranger, et aide/soutien régulier éventuel d'un-e membre de famille
8. Ressources personnelles ou provenant de tiers
9. Impôts
10. Travail déclaré (ou non) en France
11. Situation médicale
12. Prise en charge en France des frais de santé (protection maladie) : vérifier l'existence de droits ouverts et la période d'ouverture des droits
13. Droits éventuels au pays d'origine ou hors de France, dont autres pays UE
14. Démarches d'accès aux droits sociaux précédemment engagées en France
15. Ouverture ou démarches d'ouverture d'un compte bancaire

Conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation du 21 juin 2018 n° 17-13.468, une ouverture de droits à l'Assurance maladie ne peut pas être refusée au motif que la personne ne peut produire un relevé d'identité bancaire. Les remboursements peuvent être effectués par virement, et théoriquement aussi par mandat postal ou en numéraire.

PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT DU SÉJOUR

Pendant les 3 premiers mois de présence en France, les personnes considérées comme « de passage » sont en principe exclues des systèmes de protection maladie (sauf exceptions) et relèvent de leur assurance « visa ». Le bilan des droits des personnes résidentes en France depuis moins de 3 mois est particulièrement complexe. Il demande de croiser avec méthode cinq critères : nationalité (voir les spécificités des citoyens UE/EEE/Suisse), portabilité en France d'une protection maladie acquise au pays de provenance, résidence habituelle en France, cas de dispense de la condition d'ancienneté de présence en France et nature du visa/titre de séjour. Sous certaines conditions, le recours aux soins hospitaliers peut faire l'objet d'une prise en charge au titre du dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV).

Au-delà des 3 premiers mois de présence en France, la personne étrangère en règle au regard du séjour, et ayant vocation à vivre durablement en France (ce qui exclut les personnes étrangères de passage), peut accéder à l'Assurance maladie, qu'elle travaille ou non (les cotisations sont, dans tous les cas, proportionnelles aux salaires ou calculées en fonction du revenu imposable.) Elle peut également bénéficier d'une protection complémentaire (C2S). À défaut de séjour régulier, la personne étrangère démunie relève de l'aide médicale de l'État (sous condition de faibles ressources). La personne étrangère résidant en séjour irrégulier dont les ressources dépassent le plafond AME n'est éligible qu'au seul DSUV.

Tableau 8. Protection maladie au-delà des 3 premiers mois de présence en France

Certaines prestations sont réservées aux seules personnes démunies financièrement (hors application d'un éventuel mécanisme de coordination internationale).

Situation administrative au jour de la demande (au-delà des 3 premiers mois de présence en France)	Protection maladie		
	Assurance maladie + C2S	AME	DSUV
Visa long séjour (hors VLS-TS) ¹	‡	3	DSUV
VLS-TS sans enregistrement Ofii ²	‡	3	DSUV
VLS-TS après enregistrement à l'Ofii	Oui	‡	‡
Demandeur-se d'asile avant enregistrement au Guda (non-titulaire d'une Attestation de demandeur d'asile) ³	‡	AME 3	DSUV
Demandeur-se d'asile enregistré-e au Guda, toute procédure (normale, accélérée, Dublin) et titulaire d'une attestation de demandeur d'asile	Oui	‡	‡
Titulaire d'un document de séjour ou d'un droit au séjour (y compris réfugié-e-s et protégé-e-s subsidiaires)	Oui	‡	‡
Séjour irrégulier - toute situation (hors mineurs) - Toute nationalité y compris UE	‡	AME après 3 mois de séjour irrégulier ⁴	DSUV Avant 3 mois de séjour irrégulier
Mineur-e rejoignant un-e assuré-e et à la charge de ce-tte dernier-e	Oui	◇	◇
Mineur-e isolé-e avec prise en charge ASE-PJJ	Oui	◇	◇
Mineur-e isolé-e sans prise en charge ASE-PJJ	‡	AME	◇

◇ Possible mais pas nécessaire

‡ Non avvenu ou impossible en droit

1 Après 3 mois de présence en France, le VLS ne vaut plus droit au séjour en lui-même, et son/sa titulaire est supposé-e avoir été mis-e en possession par le préfet d'une carte de séjour ou d'un récépissé valant autorisation de séjour

2 Après 3 mois de présence en France, le VLS-TS ne vaut droit au séjour que si son/sa titulaire a engagé la (télé)procédure d'enregistrement à l'Ofii

3 AME possible après 3 mois (de séjour irrégulier) suivant la fin de la période de séjour régulier (6 mois de présence en France si visa 90 jours)

4 DSUV possible si ressources supérieures au plafond AME

AME : Aide médicale de l'État

ASE-PJJ : Aide sociale à l'enfance ou Protection judiciaire de la jeunesse

C2S : Complémentaire santé solidaire (aussi nommée CS-Solidaire)

DSUV : Dispositif de soins urgents et vitaux

Guda : Guichet unique pour demandeurs d'asile

UE : Nationalité de l'Union européenne, de l'Espace économique européen, et Suisse

VLS-TS : Visa long séjour valant titre de séjour

CODES « RÉGIMES » pouvant concerner les personnes étrangères

801	Critère de résidence avec cotisations
802	Critère de résidence sans cotisation
803	Critère de résidence sans cotisation, et ouverture provisoire de droits pendant 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 * * * * *

Comede-Gisti, *La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale*, note pratique, janvier 2021, 2^e édition éditée par le Gisti, www.gisti.org

France Assos Santé, Fiches pratiques, www.france-assos-sante.org/publicationsdocumentation/fiches-pratiques/

Site de l'administration française (Santé - social / sécurité sociale) : www.service-public.fr

Site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr

14. PROTECTION MALADIE SELON LE STATUT

14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie

La distinction entre Assurance maladie et AME/DSUV est régie par le principe général selon lequel le droit des ressortissants étrangers à la protection sociale est conditionné par la légalité de leur séjour au regard des règles de police de l'immigration. L'AME/DSUV est donc, par exception, un droit à caractère subsidiaire visant à « repêcher » les étrangers résidents, démunis, mais inéligibles à l'Assurance maladie faute de droit au séjour légal. La définition précise de cette frontière est parfois difficile à déterminer du fait de la complexité du droit de l'immigration, des évolutions des listes réglementaires de titres de séjour, de la variété des documents provisoires délivrés par les préfetures et des pratiques des organismes sociaux. Un mécanisme de maintien des droits entre deux titres de séjour protège les titulaires de documents de courte durée.



- 14.2. Personnes nouvellement arrivées en France
- 14.3. Demandeurs d'asile
- 14.4. Enfants mineurs
- 14.5. Migrant·e·s âgé·e·s et retraité·e·s
- 14.6. Bénéficiaires de droits dans un autre État

LE PRINCIPE DU DOUBLE SYSTÈME « ASSURANCE MALADIE » VERSUS « AME »

La coexistence d'un double système Assurance maladie versus aide médicale de l'État impose d'identifier le statut administratif de l'étranger au moment de son « entrée dans le droit » (primo-demande de protection maladie) ou au moment du renouvellement des droits (changement de l'Assurance maladie vers AME ou l'inverse) :

- la personne étrangère qui remplit la condition de séjour légal mentionnée à l'article L160-1 du CSS (voir définition ci-après) est éligible à l'Assurance maladie, avec éventuelle Complémentaire santé solidaire (C2S) ;
- l'étranger qui réside en séjour irrégulier au sens de la police des étrangers est éligible subsidiairement à l'aide médicale de l'État (ou DSUV) si elle en remplit les autres conditions (résidence habituelle en France, ancienneté de présence ininterrompue en France de plus de 3 mois, ancienneté de séjour irrégulier de plus de 3 mois, faibles ressources).

Tableau 9. Résumé et illustration des différentes hypothèses et phases de transition

	T ₀ ↓	T ₁ ↓	T ₂ ↓
①	Séjour régulier	Séjour irrégulier	Si séjour régulier
	Demande d'Assurance maladie (+ C2S)	Prolongation des droits (Assurance maladie et C2S) 6 mois minimum [sauf mesure d'éloignement : durée raccourcie par décret, non appliqué en 2022]	Poursuite des droits Assurance maladie + C2S Si séjour irrégulier AME (DSUV)
②	T ₀ ↓	Si séjour irrégulier : AME (DSUV)	
	T ₀ ↓	T ₁ ↓	
③	Séjour irrégulier	Séjour régulier	
	AME (DSUV)	Idem T ₀ ligne ① (passage à l'Assurance maladie) sans attendre la fin de l'année AME en cours	

AME : Aide médicale de l'État

C2S : Complémentaire santé solidaire

DSUV : Dispositif de soins urgents et vitaux

T₀ : Date de première demande d'une protection maladie

T₁ : Date de changement de statut administratif : perte du droit au séjour légal (fin de validité du document de séjour [non-UE] ou du droit au séjour [UE/EEE/Suisse]), ou acquisition d'un droit au séjour légal (délivrance d'un document de séjour [non-UE] ou changement de situation [UE/EEE/Suisse])

T₂ : Fin de la prolongation des droits à l'Assurance maladie (et Complémentaire santé solidaire) au bout de 6 mois minimum

OBLIGATION DE SÉJOUR LÉGAL ET DÉFINITION DU SÉJOUR « RÉGULIER » POUR AVOIR DROIT À L'ASSURANCE MALADIE (ET À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE)

Pour tous les ressortissants étrangers (toute nationalité, y compris les citoyens UE/EEE/Suisse), l'accès à l'Assurance maladie (et à la Complémentaire santé solidaire) est conditionné à l'obligation de « régularité du séjour » en France. Attention : le terme « régulier » entendu par rapport au droit au séjour ne désigne pas le fait d'être installé de façon durable et stable en France, cette dernière notion renvoyant au concept de « résidence habituelle ».

Pour les citoyens UE/EEE/Suisse, l'accès est également conditionné par l'existence d'un droit au séjour légal en France tel que défini par le droit UE, bien que ce droit ne se matérialise pas obligatoirement par un titre de séjour. Il n'y a donc pas de liste réglementaire de titres de séjour qui leur soit applicable. Les citoyens de ces pays, qui résideraient en France sans y avoir un droit au séjour légal, relèvent, à l'identique des ressortissants d'État tiers, de l'AME/DSUV. Sur le droit au séjour légal des citoyens UE/EEE/Suisse, et sur la subsidiarité avec une éventuelle protection maladie (im)portée du pays de provenance, voir la Note technique sur www.comede.org/outils : accès aux droits sociaux et droit au séjour des citoyens de l'Union (UE) et des membres de leur famille.



Rappel :

Il ne suffit pas de résider en France de façon légale pour être éligible à l'Assurance maladie puisque le droit à la protection sociale nécessite de remplir aussi (sauf exceptions) la condition de résidence habituelle en France et la condition d'ancienneté de présence en France de 3 mois. Voir 11.1. Protection sociale selon le statut : repères et panorama, page 59.

Pour les ressortissants non-UE (i.e. toute nationalité sauf UE/EEE/Suisse), un arrêté ministériel fixe une liste de titres de séjour, visas et documents de séjour permettant l'accès à l'Assurance maladie et à la Complémentaire santé solidaire. Cette liste est complétée par des textes infra-réglementaires en provenance des ministères et des caisses d'assurance maladie (dont la Cnam).

Arrêté ministériel du 10 mai 2017 fixant la liste des titres et documents de séjour requis pour les ressortissants étrangers (sauf UE/EEE/Suisse)

Pour vérifier une éventuelle mise à jour depuis la publication de ce guide, voir en ligne [14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, Liste de titres de séjour](#).

1. Carte de résident.
2. Carte de résident portant la mention « résident de longue durée - UE ».
3. Carte de résident permanent.
4. Carte de séjour pluriannuelle.
5. Carte de séjour portant la mention « compétences et talents ».
6. Carte de séjour temporaire.
7. Carte de séjour portant la mention « retraité ».
8. Carte de séjour portant la mention : « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union/EEE/Suisse - toutes activités professionnelles ».
9. Carte de séjour portant la mention : « carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union - toutes activités professionnelles, sauf salariées ».
10. Carte de séjour portant la mention : « Directive 2004-38/CE - Séjour permanent - toutes activités professionnelles ».
11. Visa long séjour valant titre de séjour dès lors qu'il a fait l'objet de la procédure de (télé)déclaration à l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii).
12. Titre de séjour délivré à un ressortissant andorran ou à un ressortissant de pays tiers membre de sa famille.
13. Certificat de résidence de ressortissant algérien.
14. Récépissé de demande de renouvellement de l'un des titres mentionnés ci-dessus.
15. Attestation de demande d'asile.
16. Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention « reconnu réfugié ».
17. Récépissé de demande de titre de séjour valant autorisation de séjour portant la mention « a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire ».
18. Autorisation provisoire de séjour.
19. Passeport monégasque revêtu d'une mention du consul général de France à Monaco valant autorisation de séjour.
20. À défaut, tout document nominatif, en cours de validité, délivré par la préfecture du lieu de résidence de la personne permettant d'attester que cette dernière est enregistrée dans l'application de gestion des dossiers de ressortissants étrangers en France.

D'autres documents et titres de séjour peuvent également être acceptés. Deux instructions (instruction ministérielle de la Direction de la sécurité sociale (DSS) du 15 janvier 2019 « Consignes relatives à la prise en charge par l'Assurance maladie et la CMU complémentaire de différentes catégories d'assurés, en raison de leur situation de précarité ou la détention de certains documents de séjour » ; circulaire Cnam CIR-16/2019 du 9 juillet 2019 « Gestion de la régularité de séjour ») rappellent que la liste des documents figurant à l'arrêté du 10 mai 2017 n'est pas exhaustive, et préconisent d'accepter d'autres documents, notamment certains visas court séjour et long séjour.

Pour une analyse détaillée et mise à jour des différents documents de séjour, voir en ligne [14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, Liste de titres de séjour](#).

FRONTIÈRE « ASSURANCE MALADIE » VERSUS « AME » ET CONSÉQUENCES DU SÉJOUR IRRÉGULIER SUR LES DROITS À L'ASSURANCE MALADIE

Le séjour irrégulier des étrangers s'entend au sens où la personne n'a pas le « bon » titre de séjour (ou le visa) pour accéder à l'Assurance maladie. Dans certains cas, le titre de séjour délivré n'est pas reconnu par la réglementation, car il ne figure pas sur la liste de l'arrêté ministériel du 10 mai 2017, ni dans les instructions complémentaires. Ces personnes (par exemple, un titulaire d'un visa D) risquent de se trouver simultanément « ni en séjour régulier » (inéligible à l'Assurance maladie) et « ni en séjour irrégulier » (inéligible à l'AME/DSUV pour cause de « séjour régulier »). C'est ainsi que la discordance entre « séjour légal au sens de la police de l'immigration » et « séjour légal au sens de l'Assurance maladie » peut conduire certains étrangers en séjour régulier à être pénalisés du fait de la nature de leur document de séjour.

Le principe de « subsidiarité » entre sécurité sociale (Assurance maladie) et aide sociale (AME/DSUV) devrait pourtant conduire à une couverture de toute la population résidente en France. En cas d'anomalie pour une personne résidente (et financièrement démunie) dont le document de séjour ne serait pas tenu pour recevable par une caisse, il convient d'alerter la Direction de la sécurité sociale du ministère, afin d'obtenir une dérogation (éligibilité à l'Assurance maladie) ou une prise en charge subsidiaire au titre de l'AME/DSUV nonobstant son séjour légal au sens de la police de l'immigration. *Pour un panorama des principales situations non éligibles à l'Assurance maladie, voir en ligne [14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, Exceptions et articulation avec la couverture complémentaire](#).*

Durée du titre de séjour et durée des droits à l'Assurance maladie (et Complémentaire santé solidaire). Ce point pose des difficultés particulières notamment pour les titulaires de titre de séjour de courte durée. À la fin de validité d'un document de séjour, les droits à l'Assurance maladie (ainsi que les droits à la Complémentaire santé solidaire) ne sont jamais interrompus à compter de la date même de fin de validité du droit au séjour : il existe un mécanisme de prolongation des droits (6 mois minimum) appelé parfois « maintien des droits ». Ce mécanisme de « lissage des droits » permet :

1. Qu'un titre de séjour de (très) courte durée conduise à une durée initiale d'ouverture des droits incompressible d'au moins 6 mois (durée du titre de séjour + 6 mois) ;
2. Qu'une période de séjour irrégulier de 6 mois (entre deux titres de séjour) ne conduise pas à une remise en cause (ni immédiate, ni a posteriori) des droits à l'Assurance maladie durant cette période.

Voir les développements dans l'article en ligne [14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, Durée des droits et procédure de clôture](#).

La cessation des droits (base et complémentaire) à la fin de la validité du titre de séjour. Les droits à l'Assurance maladie (et à la Complémentaire santé solidaire) ne sont jamais interrompus le jour même de la fin du titre de séjour (pour raison de séjour irrégulier). À la date de fin du titre de séjour s'ouvre une période de prolongation des droits de 6 mois minimum (à compter du 1^{er} jour de séjour irrégulier),

période éventuellement augmentée de la durée de la procédure contradictoire de 45 jours (maximum) prévue par l'article R114-10-1 du Code de la sécurité sociale. À un moment donné, la caisse est donc tenue de notifier officiellement par écrit à l'(ex-)assuré une décision fixant une date de fin des droits. Si un nouveau document de séjour réglementaire était produit avant cette date de clôture, les droits à l'Assurance maladie seraient (re)prolongés jusqu'à la date de fin de validité du nouveau document de séjour augmentée d'une nouvelle période de prolongation des droits de 6 mois. *Voir les développements dans l'article en ligne [14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, Durée des droits et procédure de clôture](#).*

NB : Tant que les droits à l'Assurance maladie (et éventuelle C2S) n'ont pas été officiellement fermés par la caisse via la procédure réglementairement encadrée par l'article R114-10-1 CSS, l'assuré reste bénéficiaire de l'Assurance maladie (avec éventuelle C2S), quand bien même le délai de 6 mois aurait été dépassé (et sans que ces droits puissent être remis en cause ultérieurement par la caisse).

Le passage vers l'AME de l'(ex-)assuré social. À l'issue de la procédure officielle de fermeture des droits par la caisse, l'étranger résidant en France et démuné (sur la condition de ressources en AME et le cas des personnes dépassant le plafond de ressources) relève de l'AME (puisqu'à l'issue de la période de prolongation des droits à l'Assurance maladie, il remplit, par définition, la durée d'ancienneté de présence en France de 3 mois, et la durée d'ancienneté de séjour irrégulier de 3 mois). Il lui appartient de faire lui-même la demande (auprès de sa caisse d'assurance maladie), aucun mécanisme ne prévoyant une étude ou un transfert des droits d'un système à l'autre.

Les fondements textuels : voir en ligne [14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, Exceptions et articulation avec la couverture complémentaire](#).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Guide Comede, articles en ligne 14.1. Régularité du séjour pour la protection maladie, www.guide.comede.org
 Comede Gisti, *La prise en charge des frais de santé des personnes étrangères par la sécurité sociale*, note pratique, décembre 2020, éditée par le Gisti, www.gisti.org
 Gisti, Ressources juridiques en droit des étrangers : le droit, réglementation, protection sociale, www.gisti.org
 France Assos Santé, Fiches pratiques, www.sante.org
 Site de l'Assurance maladie, www.ameli.fr



SOINS ET PRÉVENTION

La migration, l'expérience de l'exil et des violences peuvent profondément affecter la santé mentale et se surajouter aux pathologies éventuellement déjà présentes comme les maladies infectieuses et non transmissibles.

15. PROTECTION DE LA SANTÉ ET CERTIFICATION

15.1. Principes juridiques et déontologiques

L'intervention des médecins auprès des personnes migrantes/étrangères doit tenir compte du contexte socio-administratif, en matière de délivrance de soins comme de certification médicale. 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 professionnel·le·s 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.



- 15.2. Certification médicale et demande d'asile
- 15.3. Certification médicale et droit au séjour

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. Ces dispositions ne sont pas de simples recommandations mais des règles de droit qui s'imposent à tous les médecins et que les tribunaux sont chargés 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 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 de déontologie médicale (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 de « *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, dont le certificat médical pour le droit au séjour. 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 clé de voûte de l'exercice médical, dirigé vers les seuls intérêts des patient·e·s, 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 personnes étrangères, comme pour les médecins intervenant à l'Ofii et notamment dans les procédures « étrangers malades ». 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 soins (art. 100, 105 et 106). Ils doivent tenir informé le médecin traitant de leurs conclusions.

Les médecins intervenant dans les lieux d'enfermement administratif y exercent une mission de prévention et de soins (rétention administrative et zones d'attente, voir 9.1 Protection contre les mesures d'éloignement, page 51). 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/ de la patient·e (art. 2 et 10), notamment en cas d'incompatibilité de l'état de santé avec le maintien en rétention ou l'éloignement. À l'inverse, en cas de demande par l'administration ou la justice de délivrer un « certificat de compatibilité avec le maintien en rétention et/ou l'éloignement », le médecin doit se récuser (R4127-105 et R4127-106 du Code de la santé publique).

CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE ET AUTRES TEXTES DE RÉFÉRENCE

Code de déontologie médicale, art. R4127-1 et suivants 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 quelles 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 toutes circonstances. 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 en informer l'autorité judiciaire, sous réserve de l'accord de l'intéressé (cet accord n'est pas nécessaire lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, R4127-44) ;
- **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 nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ;
- **art. 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 de déontologie.

Les principes abordés par le Code de déontologie médicale se retrouvent dans les textes relatifs à l'exercice de 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. L1110-3 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. L1110-1 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. L1110-5 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. L1110-2 du CSP.** La personne malade a droit au respect de sa dignité ;
- **respect du secret professionnel - art. L1110-4 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 venue 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. Selon l'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 des personnes étrangères :

- **assistance d'un médecin en zone d'attente** - art. **L343-1** du **Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda)**. L'étranger placé en zone d'attente est informé, dans les meilleurs délais, qu'il peut demander l'assistance d'un interprète et d'un médecin. (...) Ces informations lui sont communiquées dans une langue qu'il comprend ;
- **assistance d'un médecin en centre de rétention** - art. **L744-4** du **Ceseda**. L'étranger placé en rétention est informé dans les meilleurs délais qu'il bénéficie, dans le lieu de rétention, du droit de demander l'assistance d'un interprète, d'un conseil et d'un médecin. (...) Ces informations lui sont communiquées dans une langue qu'il comprend ;
- **attention particulière et traitement indispensable** - art. **16-3 (conditions de rétention) de la directive CE/115/2008** (directive « retour »). 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.


RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Comede, *Tuberculose, exil et inégalités sociales*, dossier Maux d'exil n° 64, juillet 2020, www.comede.org
 HCSP, *Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance*, 2019, www.hcsp.fr
 Ministère de la Santé, *Recommandations relatives à la tuberculose de la CSHPF* (HCSP depuis 2006), et de la DGS (groupe de travail Tuberculose et migrants), www.santepubliquefrance.fr
 OMS, *Global tuberculosis report 2020*, www.who.int
 Santé publique France, *La tuberculose en France : une maladie des populations les plus vulnérables*, BEH n° 10-11, avril, www.santepubliquefrance.fr

16. PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

16.1. Repères et panorama

Considérée comme un état de complet bien-être physique, mental et social, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est un concept global et positif. La prévention en santé vise à éviter l'apparition des maladies, à en arrêter la progression et à en réduire les conséquences. La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Pour et avec les populations migrantes et exilées, l'ensemble des intervenant·e·s devront pouvoir mobiliser et adapter une pluralité de savoir-faire et de savoir-être de prévention et promotion de la santé.

- 
- 16.2. Bilan de santé
 - 16.3. Éducation thérapeutique du patient
 - 16.4. Alimentation et activité physique
 - 16.5. Périnatalité
 - 16.6. Santé et sexualité
 - 16.7. Santé bucco-dentaire
 - 16.8. Saturnisme
 - 16.9. Vaccination
 - 16.10. Voyage au pays et conseils médicaux

En France, la prévention est inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 qui vise « *la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales, et l'égalité entre les femmes et les hommes ; et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins* ». Les programmes de santé publique s'appuient sur l'éducation pour la santé, qui vise l'amélioration des connaissances en matière de santé, et sur la promotion de la santé, qui prend en compte les déterminants économiques, sociaux, physiques, politiques et individuels de la santé. Pour la santé des migrant·e·s, la promotion de la santé joue un rôle clé, car elle ne se conçoit pas comme une « action en plus » dans un contexte de vulnérabilités multiples, mais comme une plus-value qui vient en soutien aux professionnel·le·s, aux environnements et aux personnes concernées.

LES CONCEPTS

La prévention de la maladie comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telles que la vaccination et/ou la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences. Dans le cas du diabète par exemple, la prévention repose notamment sur le dépistage permettant de traiter de manière précoce, ainsi que sur l'éducation thérapeutique permettant de limiter les complications.

La promotion de la santé est le processus permettant aux individus de mieux maîtriser les déterminants (sociaux, environnementaux et économiques) de la santé et d'améliorer ainsi leur santé, tout en sensibilisant l'ensemble des acteurs et actrices aux enjeux de santé publique (voir pages 93-94 Charte d'Ottawa). Elle cherche à renforcer les capacités d'agir des personnes (empowerment) en soutenant leurs compétences et en développant des milieux de vie favorables à la santé. La responsabilité de la promotion de la santé s'étend ainsi au-delà du seul secteur de la santé pour inclure le bien-être et un environnement propice.

L'éducation pour la santé est une stratégie d'intervention qui poursuit plusieurs objectifs : communiquer des informations concernant les conditions sociales, économiques et environnementales de base qui ont des effets sur la santé, ainsi que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque et sur l'accès au système de prévention et de soins, mais également développer la motivation, les compétences et la confiance en soi nécessaires pour agir en vue d'améliorer sa santé.

Pour les professionnel·le·s, il s'agit d'aller vers une prévention et promotion de la santé efficace ayant des effets significatifs et durables sur le bien-être, la santé et ses déterminants. Les actions de promotion de la santé s'appuient sur les données probantes disponibles concernant la « population cible » : études et observatoires épidémiologiques sur les déterminants de santé, actions évaluées par les praticien·ne·s et chercheur·euse·s, travaux ethnographiques, sociologiques, économiques sur l'efficacité des interventions.

Sources et ressources :

- Breton E., Jabot F., Pommier J., Sherlaw W. (dir), *La promotion de la santé, comprendre pour agir dans le monde francophone*, EHESP, 2017
- Ministère de la Santé,
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_de_sante_publique_psnp.pdf
- OMS, charte d'Ottawa sur la promotion de la santé, 1986,
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- OMS, *Glossaire de la promotion de la santé*, 1999,
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf
- PromoSanté Île-de-France, *Concepts clés en promotion de la santé : définitions et enjeux*,
<https://www.promosante-idf.fr/sinformer/textes-de-referance/concepts-cles-en-promotion-de-la-sante-definitions-et-enjeux>
- Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques, 2010, <http://promosante.org/promotion-de-la-sante-en-bref/chartes-et-declarations/>

LES DÉTERMINANTS CLÉS

La promotion de la santé a pour objectif d'agir sur les déterminants de la santé, de diminuer les facteurs de risque et d'accroître les facteurs de protection. Dans la charte d'Ottawa, l'OMS met en avant plusieurs déterminants clés, qui correspondent à « *des préalables indispensables à toute amélioration de la santé* » et qui sont particulièrement mis en difficulté dans un contexte d'exil et de migration. La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables à toute amélioration de la santé, « *l'individu devant pouvoir notamment* :

- *se loger,*
- *accéder à l'éducation,*
- *se nourrir convenablement,*
- *disposer d'un certain revenu,*
- *bénéficier d'un écosystème stable,*
- *compter sur un apport durable de ressources,*
- *avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».*

Ces déterminants affectent de façon variable les populations et conduisent à des inégalités sociales et territoriales de santé considérées comme de véritables iniquités en santé par l'OMS. Elles sont définies comme des différences constatées au niveau de l'état de santé ou de la répartition des ressources entre différents groupes de population qui découlent des conditions sociales dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Cette relation linéaire entre la position socio-économique des individus et leur état de santé est appelée « gradient social de la santé ».

Le niveau de littératie en santé des individus joue également un rôle déterminant. Pouvoir prendre des décisions concernant sa santé nécessite d'avoir « *la connaissance, les compétences, la motivation et la capacité à repérer, comprendre, évaluer et utiliser les informations sur la santé* ». Pour être efficace, la promotion de la santé soutient les actions permettant l'acquisition d'un bon niveau de littératie en santé, qui est de façon générale bas pour l'ensemble de la population en Europe. Pour les migrant·e·s, ce niveau est lié à l'alphabétisation et au niveau d'éducation dans le pays d'origine, ainsi qu'à l'expérience migratoire - en particulier pour les personnes allophones en l'absence d'interprétariat professionnel ou de documents traduits - et à la complexité du système de santé du pays d'accueil.

Les interventions en santé doivent également prendre en considération et contribuer à développer les compétences psychosociales - sociales, cognitives et émotionnelles - grâce auxquelles une personne peut « *répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne* ».

LES DOMAINES D'ACTION

Figure 7. Domaines d'action de la charte d'Ottawa pour la santé des migrants

La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a défini cinq domaines d'action prioritaires :

- élaborer une politique publique saine,
- créer des milieux favorables à la santé,
- renforcer l'action communautaire pour la santé,
- acquérir des aptitudes individuelles,
- réorienter les services de santé.

Ces domaines d'action peuvent se décliner de façon variable selon les problématiques et les populations ciblées. Dans le contexte de l'exil et de la migration, les approches développées précédemment sont interdépendantes et déclinées aux niveaux national, régional et local.

Pour être efficaces, les services de promotion de la santé doivent être inclusifs, tenir compte de la diversité et répondre aux besoins culturels et linguistiques.

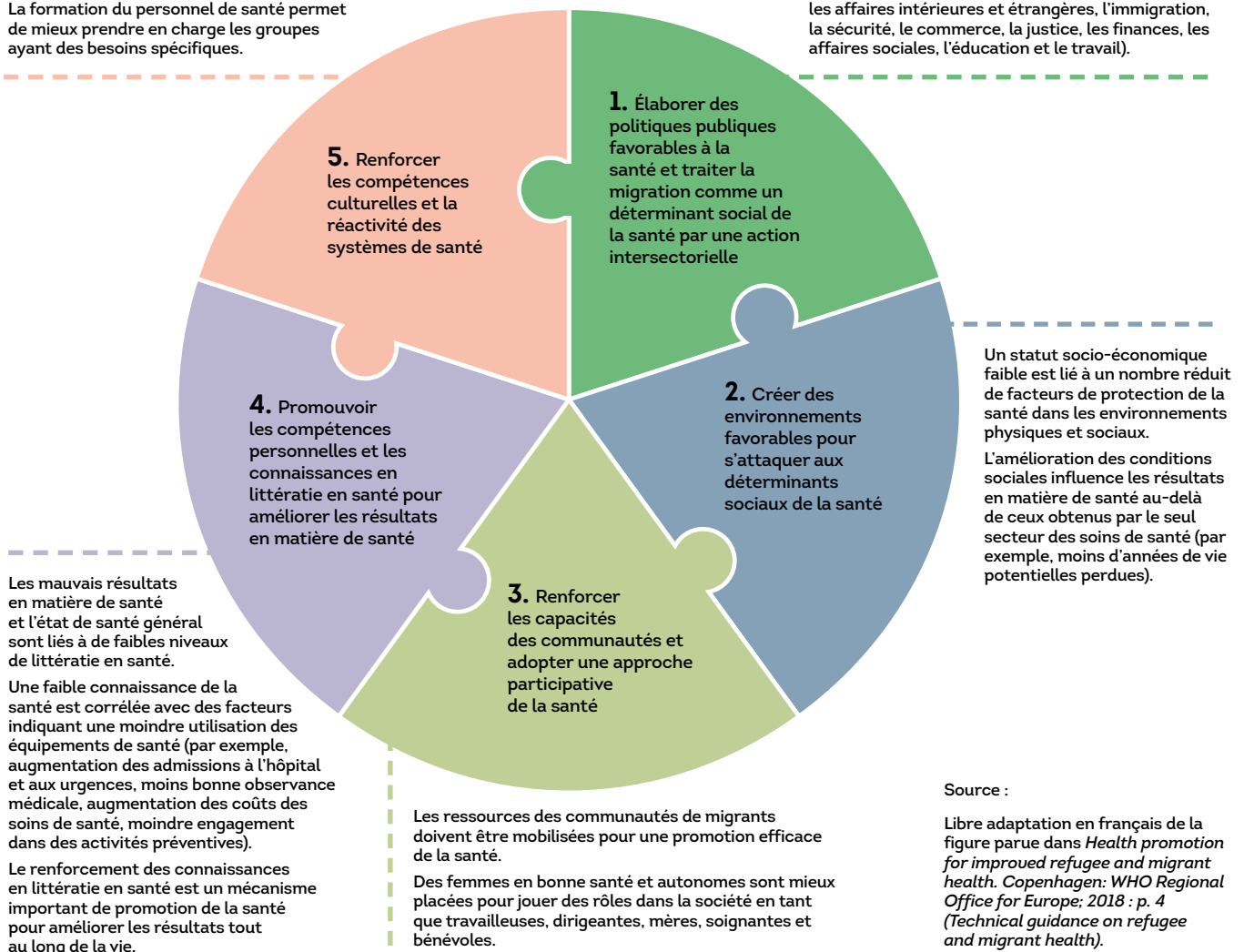
La fourniture d'un soutien linguistique et le recours à des médiateurs culturels ou à des professionnels formés soutiennent à la fois les utilisateurs et les prestataires de soins de santé.

La formation du personnel de santé permet de mieux prendre en charge les groupes ayant des besoins spécifiques.

Les interactions complexes des conditions génèrent l'inégalité et déterminent la santé, la maladie et la mortalité.

Le statut juridique et les conditions migratoires favorisent ou entravent les résultats de santé positifs.

Tous les secteurs devraient être impliqués dans la promotion de la santé des migrants (par exemple, les affaires intérieures et étrangères, l'immigration, la sécurité, le commerce, la justice, les finances, les affaires sociales, l'éducation et le travail).



Source :

Libre adaptation en français de la figure parue dans *Health promotion for improved refugee and migrant health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 : p. 4 (Technical guidance on refugee and migrant health).*

Concevoir, déployer et évaluer des actions dans un seul des cinq domaines réduit la portée de l'action, isole les acteur·rice·s dans leur secteur au lieu de créer des opportunités de co-construction et d'interaction. Pour les personnes étrangères vulnérables, le manque ou l'absence d'interaction entre professionnel·le·s renforce l'isolement social, la non-prise en charge de la maladie, le non-recours au droit et contribue de fait à creuser les inégalités sociales et territoriales de santé. La promotion de la santé contribue très concrètement à ce que les personnes migrantes/étrangères gagnent en capacité d'agir pour leur santé en interaction avec les professionnel·le·s.

Ressources et liens utiles :

- *Communiquer pour tous, guide pour une information accessible*, Ruel J., Allaire C. (dir.), Santé publique France, 2018
- *La littératie en santé, d'un concept à la pratique, guide d'animation*, Cultures & Santé, Bruxelles, 2016
- Info accessible à tous : <https://www.santepubliquefrance.fr/l-info-accessible-a-tous>
- Livrets de santé bilingues en plus de 17 langues : <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/les-livrets-de-sante-bilingues-outils-de-liaison-entre-migrants-et-professionnels-de-la-sante-ou-du-social>

Prise en compte des différences culturelles et des obstacles linguistiques. Pour les migrant·e·s comme pour les autochtones, les cultures diffèrent selon les aires géographiques, milieux sociaux, âges, genres... Les personnes récemment arrivées doivent progressivement s'approprier les cadres de référence majoritaires en France. Les actions de prévention et de promotion devront ainsi passer par une prise en compte de l'altérité, de la diversité des situations et du poids des facteurs de vulnérabilité sociale. La complexité des trajectoires migratoires, administratives, sociales et la durée de la phase nécessaire à une installation stabilisée en France peuvent placer ces populations dans une situation de fragilité vis-à-vis des institutions et des professionnel·le·s. Enfin, pour franchir les obstacles linguistiques sur le parcours des personnes allophones, toutes les actions de santé doivent pouvoir s'appuyer sur l'interprétariat professionnel et la traduction de supports écrits dans les langues d'origine.

Les actions de prévention et de promotion de la santé prennent appui sur des corpus scientifiques et pratiques de référence. Elles se nourrissent de l'interaction entre les acteur·trice·s et du transfert de compétences vers les publics cibles, de l'individu vers le groupe, dans une approche inclusive évitant les systèmes et dispositifs produisant ou entretenant des parcours de santé discriminatoires réservés aux personnes migrantes/étrangères. Au sein des parcours et structures de soins de droit commun, elles reposent sur l'adaptation permanente pour agir au plus près et en adéquation avec les besoins de personnes souvent fragilisées par un parcours de ruptures, de violences, d'exclusion et de grande précarité.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

HCSP, *Les inégalités sociales de santé, sortir de la fatalité*, 2009, www.hcsp.fr

OMS, *Health promotion for improved refugee and migrant health*, 2018, www.who.int

Santé publique France, *Migrants en situation de vulnérabilité et santé*, La Santé en action, 2021, www.santepubliquefrance.fr

Van den Broucke S., *La littératie en santé, un concept critique pour la santé publique*, La santé en action, n° 440, 2017

Veïsse A., Aïna E., *Prévention pour les populations migrantes*, in *Traité de prévention* (dir. Bourdillon F.), coll. Médecine Science, Flammarion, 2009

17. VIOLENCE ET SANTÉ

17.1. Torture et traitements inhumains ou dégradants

La torture vise à briser les individus et les groupes sociaux et politiques auxquels ils appartiennent. Au-delà des conséquences physiques, elle entraîne souvent des conséquences psychologiques, à moyen et long terme, dont un risque accru de souffrir de syndromes psychotraumatiques 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.



- 17.2. Violences liées au genre
- 17.3. Mutilations génitales féminines
- 17.4. Vulnérabilités et violences en France

AMPLEUR ET DÉFINITIONS

La torture est signalée dans plus de la moitié des pays du monde, les trois quarts selon Amnesty International. Elle n'est pas l'apanage des seules dictatures : le rapport 2016 de l'Acat (Action des chrétiens pour l'abolition de la torture) dresse une géographie de la torture pays par pays, y compris dans des États démocratiques, et signale une plus grande acceptation du recours à la torture dans le monde au nom d'un arsenal sécuritaire de plus en plus répressif. S'agissant des demandeurs d'asile, ce rapport alerte sur les risques de renvoi vers des pays pratiquant la torture, alors que des faits de maltraitance, de violences, d'abus et de négligences sévères à leur encontre sont également constatés au sein des frontières européennes (Amnesty 2015).

La torture fait partie d'un système d'instrumentalisation de la souffrance humaine, qui peut s'inscrire dans le champ politique, pénitentiaire, judiciaire ou répressif. Les victimes potentielles de la torture peuvent être des hommes, des femmes, parfois des enfants. Elle est fréquemment pratiquée dans des lieux d'incarcération, certaines conditions de détention étant assimilées à des traitements inhumains et dégradants. Dans l'observation du Comede, parmi 5204 personnes exilées suivies en médecine entre 2012-2016, 62% déclarent des antécédents de violence et 14% de torture (20% parmi les demandeurs d'asile). Et parmi 686 personnes également suivies en psychothérapie, ces taux s'élevaient à 94% d'antécédents de violence et 39% de torture. Plus d'un quart des patient·e·s (27%) ont présenté des idées suicidaires au cours de la psychothérapie, ce taux s'élevant à 31% parmi les victimes de torture.

Définition de la violence (OMS, Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002) : « *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, Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 1984) : « *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.* »

Au même titre que la torture, la pratique de traitements cruels, inhumains et dégradants est interdite par l'article 5 de la Déclaration universelle des droits de l'homme et par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, sans toutefois faire l'objet de définitions par l'ONU.

FORMES DE TORTURE ET ENTREPRISE DE DESTRUCTION DE L'INDIVIDU

Selon le rapporteur spécial pour les Nations unies, à l'occasion du 70^e anniversaire de la Déclaration des droits de l'homme : « *La torture et les mauvais traitements peuvent prendre des formes d'une diversité sans fin, qui ne peuvent être répertoriées de manière exhaustive, allant de la violence policière, l'intimidation et l'humiliation aux interrogatoires coercitifs, de la privation des contacts familiaux ou des traitements médicaux à l'instrumentalisation des symptômes de sevrage, et des conditions de détention inhumaines ou dégradantes à la détention arbitraire ou à l'isolement abusif, pour ne citer que quelques exemples. Si les manifestations multiples d'actes de torture et de mauvais traitements ne présentent pas toujours le même degré de gravité, d'intentionnalité et d'instrumentalisation systématique de la douleur ou de la souffrance, toutes se traduisent par des violations de l'intégrité physique ou mentale qui sont incompatibles avec la dignité humaine.* »

Le protocole d'Istanbul de 1999, manuel de référence pour repérer les faits de torture dans une perspective d'enquête pénale, ne fait pas de distinction entre sévices physiques et torture psychologique car les effets portent sur la personne dans sa totalité. Y sont recensées les principales méthodes de torture à partir des descriptions transmises par des témoignages de victimes de torture, parmi lesquelles les coups assénés à l'aide d'objets, les violences sexuelles extrêmement fréquentes, la pendaison par les bras pendant des heures, le « planton » ou maintien douloureux et forcé de certaines attitudes, les décharges électriques, brûlures, mutilations, suffocations par immersion, introduction d'objets dans la bouche, ingestion de matières fécales et d'urine, de drogue...

La torture psychologique (« torture blanche ») est utilisée pour ne pas laisser de traces ou de témoignage. Elle repose sur des techniques de privation sensorielle, de privation de sommeil, d'isolement prolongé, de positions de stress, de simulacre d'exécution ou d'humiliations sexuelles et culturelles. La personne peut être forcée d'assister à la torture ou au viol de ses proches, à transgresser par la contrainte des valeurs ou tabous religieux ou moraux, à trahir. La privation sensorielle coupe le sujet du monde et perturbe sa perception. Les témoignages évoquent la perte de sens, de raison. La torture psychologique peut aboutir à des états dépressifs chroniques ou à des conduites suicidaires. Pour soigner, il est utile d'en repérer les séquelles, dont les effets se prolongent dans le temps et peuvent altérer l'alliance thérapeutique.

La torture, dans ses multiples dimensions physiques, psychologiques et sociales, est une entreprise de destruction de l'intégrité d'une personne humaine. Elle vise « officiellement » à obtenir des aveux et des informations, mais les atteintes vont bien au-delà. 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. Par des attaques répétées sur le corps, les limites entre dedans et dehors, 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. La terreur, le sentiment de culpabilité et la honte ressentis par une personne 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 soignantes 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.

Définitions de la torture en psychanalyse. Les psychanalystes et psychologues 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. La psychothérapie peut avoir recours à la neuropsychologie pour mesurer les séquelles de la torture, ou à des notions d'ethnopsychiatrie qui éclairent sur certaines représentations du soin ou de la douleur.

CONSÉQUENCES CLINIQUES ET PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE

Article 14 de la Convention contre la torture (ONU, 1984) : « *Tout État partie garantit, dans son système juridique, à la victime d'un acte de torture, le droit d'obtenir réparation et d'être indemnisée équitablement et de manière adéquate, y compris les moyens nécessaires à sa réadaptation la plus complète possible.* »

Les conséquences physiques. Outre les séquelles physiques, les personnes qui ont subi la torture et des traitements inhumains et dégradants signalent fréquemment des douleurs persistantes, céphalées chroniques et douleurs de toute partie du corps, parfois attribuées aux sévices subis. Le « bilan de santé » est souvent demandé par le/la patient·e pour donner sens à ces signaux du corps.

Les conséquences psychiques sont complexes à diagnostiquer et à soigner. Le plus souvent, sans lésion physique apparente, c'est « à l'intérieur » que des commotions se sont enkystées. On observe un risque accru de souffrir de syndromes psychotraumatiques auxquels sont souvent associés des troubles anxieux et dépressifs, des troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, troubles du langage, perte de désir et de volonté d'agir, asthénie, troubles de la sexualité, idées suicidaires et parfois tentative de suicide. Le trauma complexe peut se caractériser par des épisodes de délires ou d'hallucinations, sur des thèmes de persécutions rappelant la situation de violence vécue. Ces symptômes donnent parfois l'impression angoissante de devenir fou, ou de ne pas se reconnaître. 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, et 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. L'extrême précarité sociale et administrative dans le pays d'accueil, le déni de reconnaissance, l'isolement affectif, les ruptures, les deuils et la perte des liens peuvent majorer les symptômes existants et risquent parfois de conduire à des décompensations psychiques.

L'accueil en consultation médicale, psychologique, sociale ou juridique d'une personne ayant été victime de torture nécessite une écoute et une attention soutenues. L'aménagement du dispositif clinique doit respecter la temporalité de la personne reçue, tolérer ses difficultés à parler, accepter des mouvements de méfiance et les rendez-vous manqués. Le cadre doit être calme, préservé de toute intrusion et éviter tout ce qui pourrait rappeler les circonstances des sévices. L'instauration d'une alliance thérapeutique rétablit une symétrie de la relation qui a été détruite dans la situation de torture. L'interlocuteur doit savoir résister à la tentation d'être « efficace », de rassurer immédiatement et ne pas interroger la personne trop rapidement. Plutôt que « faire parler », il convient d'écouter les demi-mots, les paroles déformées, les silences qui peuvent traduire le secret et la souffrance. La banalisation, voire la négation du trauma qui peut retraumatiser le sujet sont à proscrire. Cela peut traduire pour l'intervenant·e le 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. Ils peuvent conduire au dépistage et au diagnostic d'affections sévères par des examens ciblés. Le bilan répond aussi aux craintes de la personne au sujet des conséquences des tortures subies. Un bilan accueilli comme « normal » sur le plan somatique permet d'ouvrir la voie à une orientation vers un·e psychothérapeute. Dans certains cas, une intervention chirurgicale peut offrir un bénéfice thérapeutique avec une valeur de réparation objective du traumatisme.

L'espace de la thérapie doit rassurer les personnes ayant vécu une situation où elles étaient à la merci d'une autre personne, avec des informations claires sur le but, le déroulement de la consultation psychothérapeutique et la confidentialité. De son côté, la ou le thérapeute doit être en mesure d'entendre des récits de violence extrême, et d'accueillir des mouvements transférentiels massifs. Le lien thérapeutique repose sur l'aménagement du cadre psychothérapeutique dans une perspective de co-construction.

La visée du soin et de l'accompagnement pluridisciplinaire est la restauration narcissique de la personne et le rétablissement de la possibilité d'être en lien avec les autres. Les intervenant·e·s du champ médical, psychologique, social et juridique développent une prise en charge complémentaire qui cherche à inscrire la personne exilée victime de torture dans la société d'accueil. Pour tou·te·s les professionnel·le·s en lien avec des personnes victimes de torture, des espaces de parole (interventions, supervisions, analyse de pratique, réunion d'équipe régulières) permettent d'atténuer les effets possibles de contagion traumatique et de souffrance professionnelle.

Risques liés à des approches « spécialisées ». La nécessité de sensibiliser aux problèmes de la torture et de la répression politique ne doit pas aboutir à créer une « pathologie spécifique » et à stigmatiser en une nouvelle catégorie de malades les personnes qui en ont souffert. Par ailleurs, les techniques dites « actives », en faisant réémerger trop rapidement l'expérience traumatique sans attendre que la personne soit en mesure de l'évoquer, peuvent avoir des conséquences néfastes sur le plan psychique.

Risques liés à la demande de certificat médical 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. La réponse est à penser avec précaution car elle peut interférer avec le soin, voire détourner la relation de son but thérapeutique. Le bénéfice attendu du certificat risque de substituer la parole supposée experte des soignant·e·s à la parole de la personne exilée. En outre, lorsque cette demande intervient dans des conditions de temps et de lieu imposées à la personne, le risque existe de réactiver une situation traumatique de parole contrainte et forcée.

Au niveau national et international, des organisations luttent pour l'abolition de la torture et contre l'impunité de ceux qui l'ordonnent et la pratiquent. En s'opposant à la contagion du silence, la lutte contre la torture s'incarne dans la vigilance pour 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.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Alleg H., *La Question*, Les éditions de Minuit, 2008

Association Primo Levi, *Livre blanc, Soigner les victimes de torture exilées en France*, 2012, www.primolevi.org

Sironi F., *Bourreaux et victimes*, Éditions Odile Jacob, 1999

Veïsse A., Wolmark L., Revault P., Giacomelli M., Bamberger M., Zlatanova Z., *Violence, vulnérabilité sociale et troubles psychiques chez les migrants/exilés*, BEH 19-20, 2017, www.santepubliquefrance.fr

Viñar M. et M., *Exil et torture*, Éditions Denoël, 1989

18. SANTÉ MENTALE ET TROUBLES PSYCHIQUES

18.1. Repères et accès aux soins

Les troubles psychiques constituent la pathologie grave la plus fréquente chez les exilé·e·s, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugié·e·s. La migration, l'exil et les conditions du trajet vers les pays d'accueil peuvent entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences et persécutions ayant motivé le départ, mais aussi de la rupture des liens familiaux, des repères culturels et des repères sociaux. Face à des dispositifs de soins en situation de pénurie et ayant peu recours à l'interprétariat professionnel, 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.



- 18.2. Principaux troubles psychiques
- 18.3. Conduites addictives
- 18.4. Enfants et adolescents
- 18.5. Migrant·e·s âgé·e·s

ÉPIDÉMIOLOGIE ET DÉFINITIONS

Dans l'observation du Comede (voir 2. Exil, vulnérabilité et santé, page 12), les troubles psychiques, et parmi ceux-ci les troubles réactionnels, constituent le premier motif de recours aux soins. Les patients suivis en psychothérapie au Comede présentent plus souvent que les autres des antécédents de violence (93% versus 62% pour l'ensemble des consultants en médecine), de torture (39% vs 15%) et de violences liées au genre (38% vs 13%), 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 de genre.

« Il n'y a pas de santé sans santé mentale », selon l'Organisation mondiale de la santé. 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 ». La santé mentale peut être appréhendée comme un continuum allant d'un pôle « positif » (le bien-être) à un pôle « négatif » (mal-être, souffrance psychique, troubles psychiques, handicap psychique). Le bien-être mental est un état essentiel permettant à chacun·e de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. Sur un plan individuel, la santé mentale est un état subjectif dont les déterminants sont à la fois psychologiques, sociaux, politiques et biologiques. Dans toutes les sociétés, les personnes souffrant de troubles psychiques sont fréquemment victimes de discrimination et de stigmatisation.



Pour en savoir plus :

www.psycom.org

Psycom, une ressource publique nationale, pour que la santé mentale devienne l'affaire de toutes et de tous.

PRINCIPAUX ACTEURS ET MÉTHODES DE SOINS EN SANTÉ MENTALE

Les psychologues clinicien·ne·s et les médecins psychiatres sont les deux principales catégories professionnelles dans le champ des soins spécialisés en santé mentale. Titulaires d'un diplôme de médecine spécialisée (psychiatres) et d'un master II (psychologues), ces deux professions ont pour objet le psychisme humain et tout particulièrement ses dysfonctionnements, ses troubles ou aspects psychopathologiques. Leur savoir et leur pratique thérapeutique se tissent essentiellement sur la relation thérapeutique dite « alliance » et/ou « transfert » selon les théories qui fondent leur approche des troubles psychiques et des maladies mentales. Psychologues clinicien·ne·s et psychiatres sont habilité·e·s à mener des psychothérapies, selon des formations spécifiques dont les modalités varient en fonction des références théoriques. Il existe différentes théories et modèles thérapeutiques dans le cadre de la prise en charge psychothérapeutique du traumatisme. Des thérapies non directives, fondées sur la création d'un espace de parole libre, sont particulièrement adaptées pour les personnes confrontées à l'expérience de l'exil et ayant subi des violences (voir 17. Violence et santé, page 96).

Les psychiatres et les médecins généralistes peuvent également prescrire des traitements psychotropes : anxiolytiques (« tranquilisants »), hypnotiques (« somnifères »), neuroleptiques (antipsychotiques), antidépresseurs et régulateurs de l'humeur (thymorégulateurs). La prescription de ces médicaments est fondée sur des connaissances pharmacologiques et cliniques, et doit prendre en compte à la fois la relation thérapeutique établie entre le/la patient·e et les soignant·e·s et la singularité du vécu de la personne.

La clinique auprès des exilé·e est marquée par la rencontre entre professionnel·le·s et patient·e·s de cultures différentes. Le champ de la clinique transculturelle inclut le recours à l'interprétariat professionnel pour les personnes non francophones et la prise en compte des représentations du soin, de la maladie et de l'altérité chez les patient·e·s comme chez les soignant·e·s. En ce sens, tout psychothérapeute est à même de recevoir des patient·e·s exilé·e·s sans qu'une spécialisation ne soit forcément nécessaire.

FACTEURS DE RISQUE LIÉS AU VOYAGE ET À LA MIGRATION

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 peut représenter une étape dans la construction identitaire (ex. : voyage initiatique). L'expérience du voyage peut engendrer des émotions intenses et conduire à éprouver « un sentiment océanique » renvoyant à l'impression de ne faire qu'un avec l'environnement extérieur, dans un mouvement inconscient de « retour aux origines ».

La part d'altérité présente en chacun·e peut provoquer le désir de partir à la rencontre de l'altérité à l'extérieur de soi et l'envie de se confronter à la différence culturelle. Cela peut parfois provoquer un « choc culturel », avec un important sentiment d'anxiété lié au fait de se retrouver plongé·e dans un contexte à la fois étranger et étrange, donnant une impression « d'inquiétante étrangeté ». En situation d'exil, 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 de peur d'être rejeté·e.

La migration peut constituer une fracture dans ce qui constitue la base des rapports humains, au niveau individuel, collectif et culturel. 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. Ainsi, sans qu'il faille envisager systématiquement un « traumatisme migratoire », la migration constitue un facteur de vulnérabilité psychique.

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 réfugié·e·s, 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 17. Violence et santé, page 96). 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.

FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA PRÉCARITÉ ADMINISTRATIVE

La clinique auprès des exilé·e·s 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 d'une protection rythment le parcours de la personne et le processus thérapeutique : attente angoissée, sentiment de ne pas être prêt·e à parler, effondrement lorsque les demandes sont rejetées, sentiment de reconnaissance et de soulagement lorsque le statut de réfugié·e ou la protection subsidiaire est accordé·e (voir 6. Droit d'asile, page 35). 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, et pour confirmer la continuité du lien thérapeutique quelle que soit la décision ultérieure.

Pour certain·e·s patient·e·s, les entretiens et convocations représentent une épreuve dont ils ne sortiront pas indemnes. Lorsque la demande d'asile est rejetée, à la tristesse et à la peur du retour dans le pays, dans la rue, de la vie « sans-papiers » peut s'adjoindre le sentiment de ne pas avoir été à la hauteur. Un certificat médical expliquant les difficultés d'expression liées aux troubles psychotraumatiques peut aider à faire comprendre la situation particulière du patient aux représentant·e·s de l'administration ou de la justice. Ce document écrit 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.

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 (depuis 1991 en France), l'inexistence de droit à un revenu suffisant, la multiplication des procédures à garantie diminuée et le rejet fréquent des demandes d'asile font obstacle aux efforts thérapeutiques entrepris, et aggravent souvent les troubles psychiques. Le déni de la possibilité d'être inscrit·e 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·e est différent·e, chaque histoire, particulière. C'est cette particularité historique qu'il s'agit de prendre en compte, en se posant la question, avec la personne, de savoir pourquoi elle s'effondre aujourd'hui. La négation de l'impact des conditions actuelles d'existence et de la réalité des violences s'apparente à un déni pouvant faire penser aux patient·e·s que leurs interlocuteurs sont sourds à leur détresse actuelle et passée. Cependant, la recherche exclusive des causes « du dehors » maintiendrait la patiente 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 BLOCAGES À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE

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 et/ou de la domiciliation. 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 en France 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 soins 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. Elle connaît cependant des limites liées au manque et à la disparité des moyens alloués à la psychiatrie publique de secteur.

Le recours à l'interprétariat professionnel est indispensable à une prise en charge de qualité en santé mentale (voir 3.1. Interprétariat professionnel, page 17). Le recours à un·e interprète professionnel·le ne saurait être remplacé par l'appel à des accompagnant·e·s, des interprètes de fortune ou encore des « machines à traduire ». En cas de difficulté de communication linguistique, la compétence et la neutralité d'un·e interprète professionnel·le sont nécessaires. La proximité des patient·e·s avec des interprètes non professionnel·le·s risque d'interférer dans le soin, particulièrement dans le domaine du psychotraumatisme.

Certains écueils sont à éviter dans l'orientation ou la prise en charge des troubles psychiques parmi les migrants/étrangers. L'orientation systématique vers des structures de soins « spécialisées » (en vue d'une approche « spécifique » de la culture, du trauma, de la torture, etc.) entretient l'exclusion de ces personnes des structures de soins de santé mentale « de droit commun ». Ces pratiques s'expliquent souvent par l'absence de recours à l'interprétariat professionnel, alors même que les compétences des soignant·e·s permettraient de faire face à la plupart des situations. Un autre écueil consiste à considérer que leurs troubles sont uniquement réactionnels à la situation sociale (être « sans-papiers », « sans domicile fixe », etc.), avec le risque de minorer les troubles psychotraumatiques sous-jacents qui justifient une prise en charge médico-psychologique. Si le développement de recherches et de connaissances spécifiques dans ces domaines est essentiel, leur diffusion vers l'ensemble des professionnel·le·s du soin psychique est tout aussi nécessaire, afin de favoriser le recours aux soins dans l'ensemble du système de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Lemperière et coll., *Psychiatrie de l'adulte*, Masson, 2006

OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, www.who.int

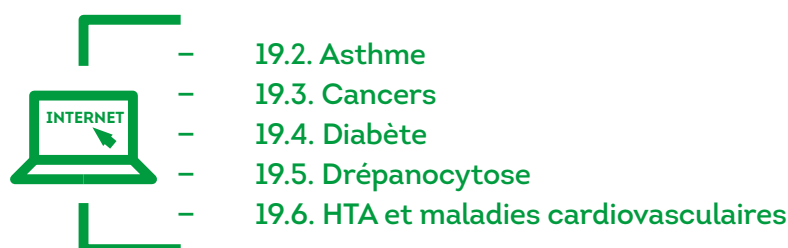
Pestre, E., *La vie psychique des réfugiés*. Petite Bibliothèque Payot, 2014

Rechtman, R., *Introduction à l'ethnopsychiatrie*, in V. Kapsambelis (dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologie de l'adulte*. PUF, coll. « Quadrige », 2012, pp. 213-228

19. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

19.1. Repères et panorama

Les maladies non transmissibles (MNT) sont des maladies non infectieuses et non transmissibles entre personnes. Elles peuvent être chroniques ou aiguës et leur pronostic en l'absence de prise en charge adaptée est généralement mauvais. Si les MNT ont longtemps été considérées comme l'apanage des pays riches, le vieillissement de la population, l'urbanisation et la transition nutritionnelle touchent à présent tous les pays. Selon l'OMS, l'épidémie mondiale de MNT est devenue la première cause de mortalité dans le monde. Près des trois quarts de l'ensemble des décès imputables aux MNT et 82% des 16 millions de décès survenus prématurément (soit avant l'âge de 70 ans) ont lieu dans des pays à revenu faible ou intermédiaire.



MALADIES NON TRANSMISSIBLES ET FACTEURS DE RISQUE

Les principales MNT comprennent les **maladies cardiovasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques, notamment obstructives, et le diabète**. Parmi les dix premiers facteurs de risque pour la santé mis en évidence par l'OMS, cinq sont des facteurs de risque pour les MNT. Ceux-ci sont une tension artérielle élevée (HTA), un taux de LDL-cholestérol élevé, le tabagisme, l'excès de consommation d'alcool et le surpoids. La plupart des MNT pourraient être limitées parce qu'elles sont en grande partie causées par des facteurs de risque modifiables.

La modification des modes de vie a entraîné une flambée des MNT dans les pays à faible et moyen revenu. Les MNT touchent toutefois différemment les pays. Dans les pays riches, les cancers sont les causes principales de morts prématurées alors que ce sont les maladies cardiovasculaires dans les pays à plus faible revenu. Certaines études considèrent que les habitants de pays à faible et moyen revenu ont 1,5 fois plus de risque de mourir prématurément d'une MNT que dans les pays riches. À titre d'exemple, selon une étude publiée dans *Nature* en 2018, le taux de mortalité des maladies cardiovasculaires en Afrique est presque trois fois plus élevé qu'en Europe après ajustement sur l'âge. Parmi les cancers, ceux du col de l'utérus, du foie et de l'estomac ont une incidence plus élevée (après ajustement sur l'âge) dans les pays à faible et moyen revenu.

Le changement d'alimentation et la sédentarité sont des causes majeures de MNT dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Certains pays sont confrontés à un « double fardeau » nutritionnel : alors qu'une partie des enfants y souffrent de sous-nutrition, ces pays voient également l'apparition d'obésité infantile. Par exemple, la prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans en Sierra Leone est de 5,4%, alors que celle du surpoids pour la même tranche d'âge est de 4,5%. Selon l'Agence française de développement et l'ONG Santé Diabète, en 2016 sur le continent africain, le diabète et les maladies cardiovasculaires tuaient plus que le VIH.

MALADIES NON TRANSMISSIBLES PARMI LES PERSONNES EXILÉES

En raison de leurs prévalences élevées parmi les personnes migrantes en situation de précarité (voir 2. Exil, vulnérabilité et santé, page 12), certaines MNT sont abordées dans les articles en ligne : en particulier l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète, l'asthme et la drépanocytose.

Les données sur les MNT chez les personnes exilées sont encore peu nombreuses, mais montrent que ces populations sont au moins autant touchées que la population générale. Les conditions de grande précarité sociale et économique que connaissent les personnes exilées constituent des facteurs de risque pour le développement de MNT. Un nombre croissant d'études montre également que, dans un premier temps, l'acculturation impacte négativement la nutrition des personnes exilées. Ce paramètre augmenterait notamment l'incidence de diabète et d'hypertension chez ces populations. Enfin, les pathologies mentales comme le stress post-traumatique pourraient être des facteurs de risque de développer des MNT.

Les acteurs de la santé des exilé·e·s commencent à prendre en compte le poids des maladies non transmissibles dans leur pratique. À l'échelle internationale, la crise syrienne a mis en lumière la prévalence des MNT chez les réfugiés et déplacés, alors que le phénomène avait déjà été observé lors des conflits dans les Balkans au cours des années 1990. En 2018, le bureau de la Méditerranée orientale de l'OMS a ajouté un « kit MNT » aux fournitures médicales utilisées en cas de crise humanitaire. Ce kit contient les médicaments et matériels nécessaires pour gérer ce type de maladies dans les camps de réfugiés.

La prise en charge des maladies non transmissibles repose ainsi sur leur détection, leur dépistage et leur traitement mais aussi sur la gestion des facteurs de risque. Un recueil des antécédents médicaux personnels et familiaux et du mode de vie, un examen clinique rigoureux et les résultats d'un bilan de santé proposé à titre systématique vont déterminer les mesures préventives (éducation santé, vaccination, éducation thérapeutique du patient, activités physiques et sportives, nutrition/diététique), les soins médico-psychologiques et l'accompagnement social et juridique (protection maladie, hébergement, régularité du séjour) à mettre en place. Seule une prise en charge pluridisciplinaire au long cours, qui doit impérativement faire appel à l'interprétariat professionnel pour les patients allophones, permet d'appliquer les recommandations nationales et internationales relatives à chaque MNT.

Droit au séjour pour raison médicale. Si le diagnostic de MNT a le plus souvent été posé dans le pays d'origine, les systèmes de santé de la plupart des pays « en développement » ne remplissent pas les conditions adéquates d'accès aux soins permettant de prendre en charge ces maladies et facteurs de risque et d'empêcher l'apparition des complications graves à moyen ou long terme. Lorsqu'elles sont atteintes d'une maladie non transmissible, les personnes sans titre de séjour et ressortissantes de pays à indice de développement humain (IDH) faible ou moyen doivent ainsi faire l'objet d'une évaluation personnalisée des critères médicaux qui fondent le droit au séjour et la protection contre l'éloignement des étrangers malades, le risque « d'exceptionnelle gravité » du défaut de prise en charge et le risque d'insuffisance des soins « appropriés » en cas de retour dans le pays d'origine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

Allen L, Cobiac L, Townsend N., *Quantifying the global distribution of premature mortality from non-communicable diseases*, Journal of Public Health, 2017

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

OMS, Rapport des statistiques de santé 2020 et Fiches MNT par pays, www.who.int

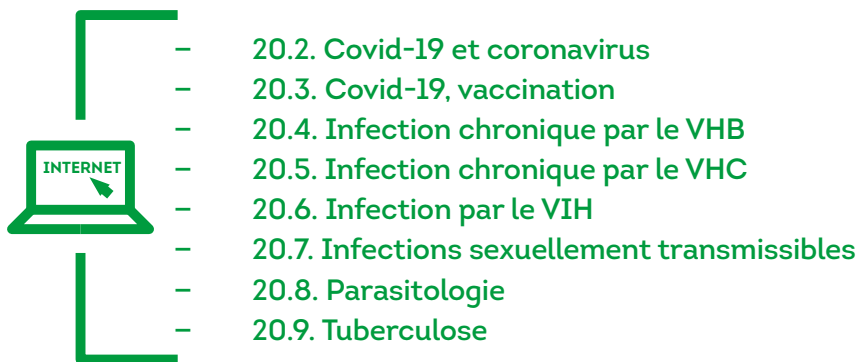
PNUD, Rapports annuels, www.undp.org

Slim S., Lee J., Aragno M., Laroche S., Hogerzeil H., *The development of the noncommunicable diseases emergency health kit*, Eastern Mediterranean Health Journal, 2018

20. MALADIES INFECTIEUSES ET PARASITAIRES

20.1. Repères et panorama

Maladies transmissibles, les maladies infectieuses (dues à des virus et bactéries) et parasitaires représentent un enjeu majeur de santé publique dans le monde, et particulièrement dans les pays à revenu faible. Aiguës ou chroniques, elles peuvent être transmises directement entre personnes, ou par l'intermédiaire d'espèces dites « réservoirs » comme pour certaines parasitoses. Les maladies infectieuses peuvent donner lieu à de grandes pandémies mondiales entraînant le décès de millions de personnes, comme dans le cas du VIH-sida ou du/de la Covid-19. Parmi les populations migrantes et exilées en France, les maladies infectieuses et parasitaires représentent une part importante des maladies et risques graves, justifiant le dépistage de plusieurs d'entre elles dans le cadre du bilan de santé recommandé pour ces populations.



REPÈRES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Dans les pays à faible revenu, les maladies transmissibles représentent six des dix principales causes de mortalité (OMS 2019), notamment le paludisme (6^e), la tuberculose (8^e) et le VIH (9^e). En 2019, la pneumonie et d'autres infections des voies respiratoires inférieures composaient la catégorie la plus meurtrière des maladies transmissibles et, ensemble, se classaient au quatrième rang des causes de décès.

Dans le monde, la part des maladies transmissibles dans le nombre total de décès est globalement en recul au cours des dernières années. À titre d'exemple, le VIH-sida est passé de la 8^e cause de décès en 2000 à la 19^e en 2019, ce qui témoigne du succès des efforts déployés ces 20 dernières années pour prévenir l'infection, dépister le virus et traiter la maladie. Bien que cette maladie reste la 4^e cause de mortalité en Afrique, le nombre de décès a chuté de plus de la moitié en dix ans sur le continent. La tuberculose a régressé de la 7^e cause de décès en 2000 à la 13^e en 2019, pour une baisse de 30 % du nombre de décès dans le monde. Cette tendance a commencé à s'infléchir ces dernières années, avec un ralentissement ou une stagnation des progrès réalisés dans la lutte contre ces maladies, outre l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'ensemble des services de santé.

En France, plus de 170 000 personnes vivent avec le VIH et ce sont environ 6 000 personnes qui découvrent leur séropositivité chaque année, un chiffre stable depuis plusieurs années même si la crise sanitaire liée au/à la Covid 19 a entraîné la diminution du recours au dépistage. La prévalence de

l'infection chronique par le virus de l'hépatite B (VHB) a été estimée à 0,30% de la population, soit près de 200 000 personnes. Plus faible, l'incidence de la tuberculose recouvre néanmoins des disparités territoriales importantes, les taux étant très supérieurs à Mayotte, en Guyane et en Île-de-France. Ces maladies touchent plus durement les personnes en situation de migration et de précarité.

ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE POUR LES PERSONNES MIGRANTES

En raison de leur gravité et de leur risque de transmission, les maladies infectieuses et parasitaires représentent un enjeu majeur de santé publique pour les populations les plus précaires, dont les personnes migrantes et exilées. Moins fréquentes que les psychotraumatismes et les maladies non transmissibles, elles représentent toutefois une part importante des maladies graves parmi les personnes récemment exilées. Dans l'observation du Comede, au terme des bilans de santé pratiqués entre 2010 et 2020, les maladies infectieuses et parasitaires constituent un quart des maladies graves et sont découvertes en France dans les trois quarts des cas (un quart dans le pays d'origine ou de transit).

Certaines maladies infectieuses et parasitaires sont liées aux conditions de vie précaires très fréquentes parmi les personnes migrantes lors de leur arrivée en France. C'est le cas de la gale ou de la tuberculose, qui sont fortement liées à la malnutrition et à la précarité. L'absence d'hébergement ou des hébergements précaires collectifs avec une proximité importante augmente fortement le risque de contamination pour des pathologies à transmission aéroportée comme la tuberculose ou le/la Covid-19. Les violences sexuelles que subissent de nombreuses femmes exilées lors des périodes sans hébergement à l'arrivée en Europe et en France accroissent également le risque de contamination infectieuse.

Le bilan de santé recommandé parmi les personnes migrantes inclut le dépistage des infections présentant des risques évolutifs graves, y compris certaines infections initialement asymptomatiques dont le risque peut survenir des années plus tard (hépatite B, bilharziose, anguillulose).

La lutte contre ces maladies infectieuses associe le dépistage, le traitement et les mesures de prévention, dont la vaccination contre certains virus. Le caractère transmissible de certaines maladies impose un dépistage et un traitement éventuel des sujets contacts, ce qui est à prendre en compte notamment en cas d'hébergement collectif.

La prise en charge de certaines maladies infectieuses inclut également l'éducation thérapeutique en raison de leur caractère chronique et complexe, ainsi que de l'importance de la bonne observance du traitement face au risque de créer des infections multirésistantes. Le recours à l'interprétariat professionnel permet d'assurer une bonne communication avec les personnes allophones.

Certaines maladies peuvent être totalement guéries à court et moyen terme (hépatite C, tuberculose, parasitoses, certaines infections bactériennes sexuellement transmissibles), alors que les infections chroniques comme le VIH ou l'hépatite B nécessitent elles une prise en charge au long cours, avec des traitements ou des surveillances biologiques et radiologiques régulières. La plupart des pays à indice de développement humain (IDH) faible ou moyen ne remplissent pas les conditions adéquates d'accès aux soins permettant de prendre en charge ces maladies sans risque de rupture d'accès aux traitements ou aux examens de surveillance et d'empêcher l'apparition des complications graves à moyen ou long terme, ces risques étant pris en compte dans l'évaluation des demandes de titre de séjour pour raison médicale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

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

OMS, Rapport des statistiques de santé 2020, www.who.int

PNUD, Rapport 2019, www.undp.org

21. AUTRES AFFECTIONS FRÉQUENTES

21.1. Pathologies courantes

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. Les premiers motifs de consultation en médecine générale sont cependant les céphalées, les douleurs ostéo-articulaires et musculo-squelettiques, 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.



21.2. Handicap

SYMPTÔMES NEUROLOGIQUES : CÉPHALÉES ET ÉPILEPSIE

Les céphalées (« maux de tête ») constituent une plainte fréquente. Un entretien et un examen clinique rigoureux sont nécessaires pour éliminer une urgence médicale ou une céphalée secondaire (à une maladie), et permettent la bonne prise en charge diagnostique et thérapeutique. Dans l'immense majorité des cas, on ne retrouve pas de cause organique (il s'agit le plus souvent de céphalées de tension ou migraines liées aux conditions de vie). Les céphalées sont rarement révélatrices de lésions intracérébrales traumatiques anciennes. L'hypertension artérielle, 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, ou accompagnée de signes neurologiques est une indication à un examen d'imagerie cérébrale en urgence.

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.

L'épilepsie 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 peut faire envisager une reconnaissance par la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il s'agit, pour les formes graves d'épilepsie, d'un motif de prise en charge

à 100% par l'Assurance maladie dans le cadre de la liste 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. 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 et d'un suivi à vie. Dans la très grande majorité des cas, l'épilepsie est contrôlée par la prise du traitement médicamenteux et l'enjeu est l'adhésion au traitement et la limitation des effets secondaires de celui-ci. Ainsi, la prise en charge doit comprendre systématiquement des temps d'éducation thérapeutique incluant si possible l'entourage. Les personnes étrangères souffrant d'une épilepsie grave et dont le pays d'origine est doté d'un système de santé précaire remplissent les critères médicaux de régularisation.

Les crises non épileptiques d'origine psychogène (CNEP) sont une maladie sous-diagnostiquée, ou souvent diagnostiquée à tort comme une épilepsie et conduisant à une prescription de médicaments antiépileptiques. Classées dans les troubles dissociatifs, les CNEP sont souvent associées à un syndrome dépressif ou état de stress post-traumatiques et nécessitent alors un traitement notamment psychiatrique (médicaments, psychothérapie).

SYMPTÔMES OSTÉO-ARTICULAIRES OU MUSCULO-SQUELETTIQUES

Les douleurs post-traumatiques sont fréquentes chez les patient·e·s ayant des antécédents de violence ou de torture. Elles se trouvent réactivées et/ou aggravées par le parcours d'exil et la précarité, et s'intègrent souvent à un syndrome psychotraumatique. Il s'agit de douleurs ostéo-articulaires, musculaires ou en regard de cicatrices, mal systématisées. L'examen peut retrouver des séquelles – calcs vicieux de fracture, raideurs articulaires, arthrose, luxations invétérées... Les bilans radiologiques pratiqués en première intention sont souvent inutiles, sauf s'ils font espérer un bénéfice thérapeutique. L'accueil et l'écoute du patient, la pratique d'un bilan de santé, la délivrance d'un traitement antalgique simple, la prise en compte du psychotraumatisme éventuel et le cas échéant la reconnaissance des violences subies par l'établissement d'un certificat médical sont des réponses le plus souvent 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 n'est indiqué que lorsqu'un bénéfice thérapeutique supplémentaire est envisageable. Il est utile de faire appel si besoin à un·e interprète professionnelle afin de s'assurer de la bonne compréhension du traitement ainsi que de préciser la nature réelle du bénéfice attendu par la personne et les enjeux que le traitement représente pour elle (amélioration clinique, demande de « réparation » et/ou certificat). En cas de demande de certificat par un patient demandeur d'asile, le chirurgien doit appliquer les mêmes principes d'évaluation et de rédaction que le médecin traitant.

SYMPTÔMES CUTANÉS (DERMATOLOGIE)

La 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 diminution d'exposition au soleil en France (cou, front, menton foncés et centre du visage plus clair). De même, des zones de dépigmentation ou d'hyperpigmentation apparaissent fréquemment après un processus inflammatoire, en lien avec une plus grande activité des mélanocytes.

Très fréquent, le prurit *sine materia* (démangeaison sans lésions cutanées spécifiques) 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). Le diagnostic doit en être posé après élimination des autres causes de prurit (dermatose infectieuse, hyperéosinophilie dans un contexte de parasitose, affection hépatique, rénale...). Le prurit *sine materia* est soulagé par des traitements hydratants simples (paraffine/glycérol/vaseline : Dexeryl® crème, remboursée par l'Assurance maladie mais pas par l'AME).

Parmi les infections fongiques (mycoses) fréquentes et bénignes, le pytiriasis versicolor se manifeste par des taches pigmentées inversement à la pigmentation naturelle de la peau. Un climat chaud et humide encourage leur profusion. Prédominantes sur le tronc, les lésions peuvent atteindre le cou et le visage sur peau noire. L'aspect clinique est assez caractéristique pour poser le diagnostic. Le traitement repose sur des antifongiques en application cutanée unique. Il est utile d'informer les personnes de la lente disparition des lésions, souvent de plusieurs mois, et des récurrences possibles.

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.

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, 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.

Les cosmétiques éclaircissants sont utilisés par de nombreuses personnes, femmes et hommes, voulant obtenir une peau plus claire. Le plus souvent, ils contiennent des substances - dermocorticoïdes, hydroquinone, sels de mercure - qui en application régulière entraînent des effets indésirables parfois irréversibles. Ces pratiques provoquent notamment des effets nocifs pour la peau pouvant aller de légères brûlures à l'apparition d'eczéma, d'acné, de vergetures irréversibles, d'hyperpilosité ou encore de fragilisation de la peau entraînant des difficultés à cicatrifier. L'application prolongée de produits contenant des quantités importantes de dermocorticoïdes peut provoquer une hypertension artérielle, du diabète ou encore une insuffisance surrénalienne.

SYMPTÔMES DIGESTIFS (GASTRO-ENTÉROLOGIE)

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, activité physique régulière, 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 antispasmodique (pinavérium ou huile essentielle de menthe poivrée) ou en cas de constipation un laxatif de lest (Spagulax® 1 à 3 par jour) ou un laxatif osmotique (lactulose 1 à 2 par jour).

Lors des premiers temps de l'exil, les plaintes relatives à l'appareil digestif sont nombreuses. Un interrogatoire soigneux, avec l'aide d'un.e interprète si besoin, un examen clinique rigoureux et un bilan de santé adapté 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 gastroduodéal associe un inhibiteur de la pompe à protons, associé à un traitement antibiotique si une infection à *Helicobacter pylori* a été mise en évidence (biopsie, sérologie ou test respiratoire à l'urée marquée au Carbone 13 : Helikit® 75 mg). Une attention particulière sera portée sur les interactions médicamenteuses possibles avec d'autres traitements notamment antirétroviraux.

Le reflux gastro-œsophagien peut provoquer des sensations de brûlure rétrosternale ascendante qui peuvent irradier vers la gorge, le dos ou le ventre. Elles sont parfois accompagnées de remontée acide ou amère dans la bouche. Le reflux est favorisé par le stress et la consommation de certains aliments ou boissons (épices, chocolat, boissons gazeuses, thé, alcool, café, tabac). Lorsque des modifications de l'alimentation ou de certaines habitudes de vie ne suffisent pas, l'utilisation d'un antiacide (ex : Bicarbonate de sodium-Alginate de sodium/Gaviscon®) est souvent suffisante. Un inhibiteur de la pompe à protons peut être utilisé pour une durée limitée en cas de gêne fréquente ou persistante. Des douleurs atypiques et/ou chez une personne de plus de 50 ans impliquent la réalisation d'examens complémentaires.

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 pour éliminer une cause plus grave. Les parasitoses pouvant entraîner une rectorragie sont l'amibiase à *Entamoeba histolytica* ou la bilharziose intestinale à *Schistosoma mansoni*. 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 ou ibuprofène en cure courte. Les pommades et veinotoniques 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 en ligne 16.2. [Bilan de santé](#)). 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. Les fibromes utérins représentent une autre cause très fréquente d'anémie chronique, en particulier chez les femmes originaires d'Afrique et des Antilles. Il est recommandé de réaliser une NFS, une ferritinémie et une électrophorèse de l'hémoglobine chez toute femme africaine enceinte dès le début de la grossesse. La prise d'acide folique systématique au premier trimestre indépendamment des résultats de la NFS est recommandée (prévention des anomalies de fermeture du tube neural).

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, CRP et examen parasitologique des selles à la recherche d'une ankylostomose (vers hématophages). La recherche du paludisme doit être effectuée en urgence en cas d'anémie et de syndrome fébrile chez une personne arrivée 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.

Les hyperéosinophilies sont fréquentes, principalement dues à des helminthoses, particulièrement ankylostomose, anguillulose et bilharzioses, et se normalisent en plusieurs mois après traitement.

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.

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 l'Assurance maladie, 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 (larmoiments, picotements, sensation d'éblouissement) réversibles avec le temps. Les plaies de l'œil et des paupières, le décollement traumatique de la rétine, le glaucome post-traumatique impliquent un avis spécialisé dans les plus brefs délais afin de prévenir une cécité définitive. En cas d'énucléation post-traumatique, l'obtention d'une prothèse oculaire, prise en charge par l'Assurance maladie, 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 la personne du risque de récurrence.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES * * * * *

HAS, www.has-sante.fr

Prescrire, www.prescrire.org

A

Accès aux soins dans les pays d'origine - 25

Accès aux soins en France - 66

Accident du travail et assurance maladie - 60, 62

Accident du travail et maladies professionnelles (AT-MP) - 60, 62

Accompagnement social et juridique - 56, 77, 96, 106

Action sociale (service départemental) - 56

Affection de longue durée (ALD) - 68, 111

Agence régionale de santé (ARS) - 19, 40, 44

Aide juridictionnelle - 48, 54, 56, 58

Aide médicale de l'État (AME) - 10, 60-63, 66-73, 75-80, 82, 83, 112, 114

Aide médicale de l'État sur décision du ministre (dite « AME humanitaire ») - 72, 75

Aide personnalisée au logement (APL) - 60

Aide sociale à l'enfance (ASE) - 60, 78

Aller-vers - 21, 22, 24

Allocation aux adultes handicapés (AAH) - 60

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) - 60

Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) - 60

Allocation logement à caractère familial (ALF) - 60

Allocation logement à caractère social (ALS) - 60

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) - 60

Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) - 60

Allophone - 13, 17, 93, 95, 106, 109

Ancienneté de présence - 61-63, 67, 68, 74-77, 79, 80, 83

Aide médicale de l'État - 10, 60, 62, 63, 68, 70-73, 75, 77-80, 82, 83, 112, 114

Assurance maladie - 38, 60-63, 66, 68-83, 111, 112, 114

Complémentaire santé solidaire (C2S / CSS) - 38, 60, 61, 63, 66-70, 72-76, 78-83

Protection maladie - 14-16, 21, 22, 27, 38, 49, 57, 62, 65-83, 106

Arrêté ministériel d'expulsion (AME) - 51, 52, 54

Arrêté préfectoral d'expulsion (APE) - 51, 52, 54

Asile - 30, 35, 46

Association dauphinoise pour l'accueil des travailleurs étrangers (Adate) - 20

Association pour la promotion et l'intégration dans la région d'Angers (Aptira) - 20

Association santé migrants Loire-Atlantique (Asamla) - 20

Assurance agréée « visa » - 118

Voir Droit au séjour

Assurance maladie - 38, 60-63, 66, 68-83, 111, 112, 114

Condition de résidence - 61, 62, 76, 80

Assuré - 61, 62, 72-74, 78, 82, 83

Autorisation provisoire de séjour (APS) - 31, 45, 48, 55, 63, 81

B

Bénéficiaire d'une protection internationale (BPI) - 59, 60

Bilan de santé - 13, 15, 46, 47, 49, 91, 98, 99, 106, 108, 109, 111-113

Bilan des droits (sociaux), questionnaire de recueil d'information - 75-77

Bilharziose - 14, 109, 113

C

Caisse européenne d'assurance maladie (CEAM) - 76

Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) - 67, 68

Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) - 67, 68

Carte de résident - 31, 40, 81

Carte de séjour - 31, 40, 41, 45, 48, 52, 54, 55, 78, 81

Carte de séjour mention retraité - 31, 81

Carte de séjour temporaire (CST) - 31, 41, 45, 48, 81

Voir Droit au séjour

Carte Vitale - 60, 68, 72, 73

Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) - 38, 60

Centre communal d'action sociale (CCAS) - 57

Voir Domiciliation

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) - 60

Centre de lutte anti-tuberculeuse (CLAT) - 67

Centre médico-psychologique (CMP) - 67, 104

Centre provisoire d'hébergement (CPH) - 60

Céphalées - 98, 110

Certification médicale - 15, 38, 39, 86, 87

Charte d'Ottawa - 92-94

Clandestin - 8

Croix-Rouge française - 57

Code de déontologie médicale - 34, 86, 87, 89

Code de l'action sociale et des familles (CASF) - 57, 60, 61

Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) - 28, 30-32, 36-38, 40-55, 60, 90

Code de la santé publique (CSP) - 21, 33, 86, 87, 89

Complémentaire santé solidaire (C2S / CSS) - 38, 60, 61, 63, 66-83

Conditions de l'accès aux soins - 49, 66

Conseil et formation sur les relations interculturelles et les migrations (Cofrimi) - 20

Contribution forfaitaire - 71
 Cour nationale du droit d'asile (CNDA) - 8, 30, 32, 35-37, 41, 47, 50, 54, 100
 Couverture maladie
 Voir Protection maladie
 Couverture maladie universelle (CMU) - 60, 72, 82
 Covid-19 - 108, 109

D

Délais de recours - 52
 Demande d'asile - 15, 30-32, 35-39, 41, 42, 46-50, 53, 68, 81, 86, 103
 Demandeur d'asile - 8, 34, 38, 39, 48, 78, 111
 Déontologie médicale - 34, 44, 86, 87, 89
 Département d'outre-mer (DOM) - 62, 71
 Dépression - 96
 Dermatologie - 111
 Déterminants (sociaux) de la santé - 12, 16, 22, 92, 94, 101
 Dispositifs de soins - 8, 14, 66, 67, 69, 101
 Conditions d'accès - 22, 29, 67, 75
 Dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV) - 60, 62, 63, 69, 71-73, 75-80, 82
 Domiciliation - 38, 47, 48, 56-58, 61, 68, 75, 77, 104
 Double demande asile et maladie - 30, 39, 42, 46, 52, 58
 Douleur (physique) - 97, 98, 110-113
 Droit au séjour - 13, 27, 33, 36, 41, 107
 Droit au séjour des étrangers malades - 27, 69
 Voir Droit au séjour pour raison médicale
 Droit au séjour pour raison médicale - 8, 13, 15, 27, 30, 33, 36, 40-44, 46, 107
 Droit au séjour pour soins
 Voir Droit au séjour pour raison médicale
 Droit aux soins - 89

Droit d'asile - 15, 16, 30, 32, 35, 36, 41, 96, 100, 103

Droit de l'immigration versus droit d'asile - 30

Dubliné - 8

E

Éducation pour la santé - 91, 92
 Éducation thérapeutique - 16, 22, 26, 91, 92, 106, 109, 111
 Éloignement et enfermement des étrangers - 44, 51
 Enfermement administratif - 87, 90
 Épilepsie - 110, 111
 Espace économique européen (EEE) - 9, 11, 31, 38, 41, 58, 62, 63, 72, 76-78, 80, 81
 Établissements de santé et médico-sociaux - 67
 Étrangers - 10, 30, 43, 59
 Exil, vulnérabilité et santé - 12, 101, 106
 Exilé - 3, 7, 8, 10, 12-17, 21-23, 27, 30, 49, 56, 66-68, 91, 96, 99-103, 106, 108, 109, 114, 116

F

Frais de santé - 42, 60, 63, 71, 74, 77, 78, 83
 FSUV
 Voir Dispositif de soins urgents et vitaux (DSUV)

G

Gastro-entérologie - 112
 Guichet unique pour demandeurs d'asile (Guda) - 39, 47, 48, 78

H

Haute Autorité de santé (HAS) - 17, 18, 21, 22, 24
 Hématologie - 110, 113
 Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (HUDA) - 38, 60
 Hypertension artérielle (HTA) - 105, 106, 110, 112

I

Identification - 51, 68, 72
anciennement Immatriculation
 Immatriculation - 68, 69, 72
 Voir Identification
 Immigration - 11, 13, 27, 30, 32, 34-36, 41, 46, 58, 63, 79, 82, 94
 Immigré - 8, 9, 11
 Indemnité journalière d'arrêt de travail (IJ) - 60
 Inégalités d'accès aux soins - 25, 27
 Inégalités sociales de santé - 95
 Instruction prioritaire - 48, 68, 73
 Interdiction de circulation sur le territoire français (ICTF) - 51, 55
 Interdiction de retour sur le territoire français (IRTF) - 51-53, 55
 Interdiction du territoire français (ITF) - 51, 52, 54, 55
 Interprétariat professionnel - 13, 17-20, 22, 23, 56, 93, 95, 101, 102, 104, 106, 109
 Inter service migrants interprétariat (ISM Interprétariat) - 20
 Inter service migrants - Centre d'Observation et de Recherche sur l'Urbain et ses Mutations (ISM Corum) - 20

J

Justificatif de domicile ou d'adresse - 48
 Voir Domiciliation

L

Liens familiaux - 57, 101
 Rétablissement (Croix-rouge) - 57

M

Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) - 110
 Maladie professionnelle (sécurité sociale) - 60

Maladies infectieuses – 13, 85, 108, 109

Maladies non transmissibles (MNT) – 105-107, 109

Maladies parasitaires – 108, 109, 112

Maladies transmissibles – 108, 109

Médecine de contrôle ou d'expertise – 33, 39, 87, 88

Médiation en santé – 21-23

Mesures d'éloignement – 49, 51, 52, 87

Migrant – 3, 8-10, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 57-59, 66, 79, 86, 90, 91, 93-95, 100, 101, 104, 106, 108-110, 114

Migrations Santé Alsace – 20

Mineur non accompagné (MNA) – 8, 10

Minimum invalidité – 63
Voir Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)

Minimum vieillesse
Voir Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)

Mycose – 112

N

Neutropénie – 113

Nutrition – 106

O

Obligation de quitter le territoire français (OQTF) – 47-55, 58

Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii) – 10, 27, 28, 30, 32-34, 39-45, 47-49, 53, 78, 81, 87

Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) – 8, 10, 11, 30, 32, 34-39, 41, 47, 50

Ophthalmologie – 110, 114

Organisation mondiale de la santé (OMS) – 13, 16, 25, 28, 34, 90-93, 95, 97, 101, 104-109

ORL – 110, 114

Osiris Interprétariat – 20

Outre-mer – 9, 52, 56, 62

P

Paludisme – 108, 113

Parasitose – 13, 108, 109, 112, 113, 119

Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) – 8, 22, 66, 67

Pathologie courante – 110

Populations et définitions – 8

Précarité administrative – 9, 103

Prestation de compensation du handicap (PCH) – 60

Prestations familiales – 60, 62

Prévention et promotion de la santé – 91, 92

Principes de soins et d'accompagnement – 15

Principes juridiques et déontologiques – 33, 44, 86

Protection contre les mesures d'éloignement – 49, 51, 87

Protection de la santé – 15, 86-89, 94

Protection de l'enfance
Voir Aide sociale à l'enfance (ASE)

Protection des étrangers – 40

Protection internationale – 35, 36, 59, 60

Protection maladie – 14-16, 21, 22, 27, 38, 49, 57, 62, 65-68, 70-83, 106

Bilan des droits et méthodologie – 75

Protection maladie au-delà des 3 premiers mois – 78

Protection maladie, condition de séjour légal – 63, 79

Protection maladie, conditions de l'accès aux soins – 49, 66

Protection maladie, droits selon le statut – 77, 79

Protection maladie, organisation et dispositifs – 60

Protection maladie pendant les 3 premiers mois – 73, 77, 78

Protection sociale – 15, 25, 27, 28, 30, 32, 38, 57-61, 63, 75, 79, 80, 83

Protection subsidiaire – 8, 32, 35, 36, 81, 103

Protection universelle maladie (PUMa) – 62, 72, 74

Protégé subsidiaire – 8, 41

Protocole d'Istanbul – 97

Psychoanalyse – 98

Psychothérapie – 98, 101-104, 110, 111

Pytiriasis versicolor – 112

Q

Questionnaire de recueil d'information (protection maladie) – 67

R

Rapport médical – 28, 43, 44
Voir Certification médicale

Rattachement professionnel – 71, 72, 74, 76

Rattachement sur critère de résidence – 71, 72, 74, 76

Reconduite à la frontière – 51
Voir Éloignement et enfermement des étrangers

Réfugié (statutaire) – 8, 15, 32, 35, 36, 51, 103

Régimes (codes) – 77

Régularité du séjour – 61, 63, 65, 68, 70, 72, 74, 76, 79, 81-83, 106, 118

Réseau de l'interprétariat médical et social (Rimes) – 17, 20, 118

Réseau Louis Guilloux – 20

Résidence habituelle en France – 45, 48, 61, 62, 74, 76, 77, 79, 80

Ressortissants de pays tiers – 8, 9, 81

Retour dans le pays – 103, 107

Retraité (Carte de séjour mention) – 31, 59, 79, 81

Rétroactivité – 72, 73

Revenu de solidarité active (RSA) – 57, 60, 63, 78

S

Sans-papiers - 8, 30, 67, 103, 104

Santé mentale - 20, 85, 90, 98, 101-104

Secret médical - 17, 18, 44, 46, 47, 49

Voir Déontologie médicale

Secret professionnel - 17, 22, 86-89

Violation du secret professionnel - 89

Secteurs 1 et 2, Assurance maladie - 71, 72

Sécurité sociale - 14, 22, 59-63, 66, 68, 70-74, 76, 78, 82, 83, 87, 88

Voir Assurance maladie

Séjour irrégulier et assurance maladie - 79

Soins urgents et vitaux (dispositif) - 60, 62, 63, 69, 71-73, 75-80, 82

Voir aussi DSUV

Statut de réfugié - 8, 15, 32, 35, 36, 51, 103

Symptômes digestifs - 112

Syndrome (trouble) psychotraumatique - 14, 96, 99, 103, 104, 111

T

Tarif sécurité sociale - 71-73

Ticket modérateur - 71

Titre de séjour pour soins - 47
Voir Droit au séjour pour raison médicale

Titre de séjour pour l'assurance maladie - 77

Titres et documents de séjour en France - 31, 72, 81, 82

Torture - 13, 36-38, 90, 96-101, 103, 104, 111, 114, 116

Traitements inhumains ou dégradants - 32, 36, 37, 90, 96, 98

Traduction - 17-19, 23, 88, 95

Voir Interprétariat professionnel

Transport - 57, 73

Voir Centre communal d'action sociale (CCAS)

Traumatisme - 12, 13, 97, 99, 102, 103, 110, 112, 114

Douleurs post-traumatiques - 111

Tribunal administratif - 48, 52-55

Tuberculose - 13, 14, 33, 34, 73, 90, 108, 109

U

Unité médicale du centre de rétention administrative (Umcr) - *Voir* Enfermement administratif

Union européenne (UE) - 8, 9, 11, 31, 32, 36, 41, 57, 58, 62, 63, 72, 76-78, 80, 81, 90

V

VIH-sida - 13, 14, 18, 42, 46, 73, 106, 108, 109

Violence et santé - 13, 96, 102, 103

Virus de l'hépatite B (VHB) - 13, 14, 73, 108, 109

Virus de l'hépatite C (VHC) - 13, 14, 73, 108

Visa - 30-33, 38, 40, 53, 55, 62, 68, 70, 73, 75, 77, 78, 81, 82

Visa de régularisation

Voir Droit au séjour

Vulnérabilité - 7, 10, 12, 13, 16, 21, 22, 24, 38, 39, 42, 91, 95, 96, 100, 101, 103, 106, 110, 116

Z

Zone d'attente - 37, 51, 90

L'arrivée dans un nouveau pays, la méconnaissance de son système de santé, le statut administratif, la précarité et l'isolement sont des facteurs qui peuvent rendre difficile l'accès aux soins et à la prévention et aggraver l'état de santé des exilé·e·s, personnes étrangères vulnérables. Ces multiples facteurs de vulnérabilité, parfois déjà présents au pays d'origine puis en pays d'accueil, accentués par les violences et parfois les tortures subies pendant la migration, favorisent la survenue et la sévérité de maladies.

Conçu par l'équipe du Comede à partir de l'expérience quotidienne des intervenant·e·s salarié·e·s et bénévoles de l'association, ce guide en partenariat avec Santé publique France 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 pluridisciplinaire, ce guide est composé de quatre parties – repères, droits et accompagnement, accès aux soins, soins et prévention – dont les informations théoriques et pratiques sont complémentaires pour les différents lecteurs auquel s'adresse ce guide : professionnel·le·s de santé, du social, de l'accompagnement juridico-administratif, bénévoles, etc.



Nouveauté du guide 2023 : il est désormais disponible en format imprimé pour les introductions aux différents sujets abordés, et en format « en ligne » sur guide.comede.org pour les contenus plus détaillés pouvant évoluer selon l'actualité, avec la garantie d'une mise à jour régulière.