



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé
Sous-direction Santé des populations
et prévention des maladies chroniques
Bureau Santé des populations et politique vaccinale
Personne chargée du dossier : Julie Bouscaillou
Tél. : 01 40 56 59 35
Mél. : julie.bouscaillou@sante.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins
Sous-Direction Régulation de l'offre de soins
Bureau des prises en charge post aigüe des pathologies chroniques
et en santé mentale
Personne chargée du dossier : Adeline Bertsch-Merveilleux
Tél. : 01 40 56 52 78
Mél. : adeline.bertsch-merveilleux@sante.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales
et des accidents du travail
Bureau Accès aux soins & Prestations de santé
Personne chargée du dossier : Chloé Ravouna
Tél. : 01 40 56 75 18
Mél. : chloe.ravouna@sante.gouv.fr

Direction générale de la cohésion sociale
Sous-direction de l'inclusion sociale, de l'insertion
et de la lutte contre la pauvreté
Bureau urgence sociale et hébergement
Personne chargée du dossier : Mathilde Moulin
Tél. : 01 40 56 44 57
Mél. : mathilde.moulin@social.gouv.fr
Bureau accès aux droits, insertion et économie sociale
et solidaire
Personne chargée du dossier : Laurie Chaumontet
Tél. : 01 40 56 75 03
Mél. : laurie.chaumontet@social.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux
de la jeunesse, des sports et de la cohésion
sociale

Monsieur le directeur régional et
interdépartemental de l'hébergement et du
logement

INSTRUCTION N°DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative
à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants

Date d'application : immédiate

NOR : SSAP1816090J

Classement thématique : Santé publique

Validée par le CNP le 8 juin 2018 - Visa CNP 2018-51

Visée par le SG-MCAS le 17/05/2018

Catégorie : Directives adressées par les directeurs d'administration centrale aux services chargés de leur application
Résumé : Cette instruction encourage la construction de parcours de santé des migrants adaptés aux territoires par une animation de l'offre locale autour de cet objectif. Elle propose également aux ARS d'utiliser un espace numérique de travail pour le partage d'outils et de pratiques.
Mots-clés : PRAPS – parcours de santé – prévention – soins - personnes migrantes
Textes de référence : Articles L. 1411-1-1, L. 1434-1 et L. 1434-2 du code de la santé publique
Circulaires abrogées :
Circulaires modifiées :
Annexes : Annexe 1 : Avis du HCSP du 6 mai 2015 Annexe 2 : Attestation sur l'honneur relative aux pièces justificatives manquantes du dossier de demande d'aide médicale de l'Etat
Diffusion : ARS, DRJSCS, DRIHL, établissements et professionnels de santé, centres de santé, URPS

1. Objectifs du parcours de santé des migrants

En France, tous les étrangers, quelle que soit leur situation au regard du séjour, ont droit à la santé. La progression régulière des migrations génère des besoins importants de prise en charge en santé qui reposent principalement sur les dispositifs existants tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). La prise en compte de ces besoins répond à des enjeux forts de santé publique et individuelle. Elle est également nécessaire pour favoriser l'intégration, par la santé, de personnes parfois fragilisées dans la société qui les accueille.

Avec en premier lieu des problématiques de prise en charge de maladies chroniques non transmissibles, les besoins de santé des migrants primo-arrivants sont en partie semblables à ceux de la population générale. Néanmoins, certaines spécificités doivent être prises en compte, et sont souvent au premier plan :

- Les vulnérabilités engendrées par le parcours de migration, notamment les psychotraumatismes, les violences sexuelles, etc.;
- L'existence de maladies de plus forte prévalence dans les pays d'origine, et pouvant poser des enjeux de prise en charge de maladies chroniques ;
- L'exacerbation des fragilités liées à certaines situations : femmes enceintes, enfants, mineurs non accompagnés ;
- La méconnaissance du système et des démarches à entreprendre, la maîtrise limitée de la langue française.

Il est ainsi nécessaire de mieux structurer et de renforcer le parcours de santé des migrants et que les personnes nouvellement arrivées sur le territoire puissent avoir accès à un « rendez-vous santé ».

Cette instruction complète la fiche relative aux PRAPS de juin 2017. Elle a pour objet d'informer les ARS sur l'avancée des travaux conduits par le ministère des solidarités et de la santé, sur la base de l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) du 6 mai 2015 (annexe 1), et en lien avec les associations, les professionnels de santé et deux ARS volontaires (Ile de France, et Provence Alpes Côte d'Azur) et qui ont permis d'identifier les axes prioritaires pour la construction d'un parcours de santé des migrants :

- Axe 1 : Faciliter l'accès à la prévention et aux soins par une meilleure information des personnes sur leurs droits et sur le système de santé aux différents « points d'entrée » sur le territoire, d'une part, et par une meilleure information des professionnels de santé sur la prise en charge des migrants, d'autre part.
- Axe 2 : Organiser une mobilisation de tous les dispositifs sanitaires de droit commun, y compris la médecine de ville, pour permettre une prise en charge effective des migrants primo arrivants. Cette mobilisation doit permettre d'améliorer notamment le parcours en santé mentale, et la prise en charge du psychotraumatisme. De plus, le renforcement de l'accès à l'interprétariat professionnel apparaît comme essentiel à toutes les étapes du parcours de santé des migrants.
- Axe 3 : Développer une coordination renforcée au niveau national et un pilotage régional du parcours de santé des migrants au sein des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2022.

Elle vise également à guider les ARS dans la construction de parcours de santé adaptés à leur territoire.

Cette instruction s'accompagnera de la mise en place d'un espace de travail partagé entre les ARS, les DRJSCS et les directions du ministère des solidarités et de la santé visant à fournir des outils clés pour la construction de ce parcours. Cet espace sera progressivement enrichi par d'autres outils issus des travaux nationaux ou conduits avec les partenaires. Il permettra également, d'une part, le partage d'informations entre le niveau national et les régions et, d'autre part, de pratiques entre ARS et DRJSCS.

Le pilotage régional et territorial du parcours de santé des migrants s'inscrit donc dans les PRAPS, et implique des liens rapprochés avec les préfetures, et les autres acteurs concernés par l'accueil et l'intégration des migrants, notamment pour leur accès aux droits, et leur accès à un hébergement stable, qui sont des déterminants essentiels de la santé.

Enfin, cette mobilisation des ARS autour de la mise en place d'un parcours de santé des migrants s'appuie sur un renforcement des moyens de certains dispositifs de prise en charge des personnes précaires - Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) - qui figure dans la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé¹. Un groupe de travail spécifique sur les PASS a été installé fin 2017 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS). Dans ce cadre, une enquête à destination des ARS a été lancée². Elle comprend des questions relatives à la prise en charge des migrants, des mineurs non accompagnés ainsi qu'à l'interprétariat et à la médiation sanitaire. Les données renseignées nous permettront de préciser ces premières orientations.

2. Faciliter l'accès à la prévention et aux soins des personnes nouvellement arrivées sur le territoire

a. Information des personnes et répertoire des structures ressources du territoire

L'information des personnes nouvellement arrivées représente un enjeu important pour permettre un accès effectif aux soins. Elle doit porter sur le fonctionnement du système de santé, et sur les structures et services de l'offre locale qui contribuent à la santé des migrants, et sur la prise en charge de leurs frais de santé. La connaissance des structures ressources existantes sur le territoire est également indispensable aux professionnels de santé, afin de leur permettre de travailler avec les bons réseaux et d'orienter les personnes vers les professionnels adéquats.

Deux leviers principaux peuvent être mobilisés à cet effet. Nous vous proposons ainsi :

- d'établir une cartographie des structures médicales, médico-sociales, et autres services mobilisés pour la prise en charge des personnes précaires et des migrants sur vos territoires, et de la faire connaître des professionnels concernés. Vous êtes invités à vous appuyer sur le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) de votre région pour ce qui est de l'offre sanitaire et médico-sociale. En outre, il s'agit

¹Circulaire N° DGOS/R1/2018/114 du 4 mai 2018 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé

²Instruction N° DGOS/R4/2018/109 du 25 avril 2018 relative à l'enquête FLASH à destination des agences régionales de santé (ARS) sur les permanences d'accès aux soins (PASS).

idéalement d'identifier aussi : des services à même d'aider les personnes dans leurs démarches d'ouverture de droits (en plus des PASS), des organisations qualifiées pour la médiation sanitaire, des services d'interprétariat, des structures de prise en charge des troubles psychiques et notamment du psychotraumatisme (celles qui existent déjà, à compléter par la suite par les nouveaux dispositifs en cours de création), les organismes agréés pour la domiciliation des personnes.

- à améliorer l'information des personnes migrantes primo-arrivantes dans leurs différents lieux de passage. Pour ce faire, le ministère tient à votre disposition un feuillet d'information standard sur l'espace partagé, qu'il vous appartiendra de compléter avec les coordonnées des services et structures ressources de vos territoires, mobilisés en particulier pour la prise en charge sanitaire et pour accompagner les personnes dans leurs démarches auprès de la caisse primaire d'assurance maladie. La liste des structures, organismes et professionnels de santé qui peuvent assurer sa diffusion sont détaillés sur l'espace partagé.

D'autres outils d'information à destination des personnes et des professionnels de santé seront également mis à disposition sur l'espace de travail partagé, comme par exemple la version mise à jour du « livret de santé bilingue » développé par le Comede avec l'appui de l'Agence Nationale de Santé Publique, ou encore sur le site www.ameli.fr de l'assurance maladie.

b. Prise en charge des frais de santé

Les personnes étrangères qui résident en France peuvent bénéficier, selon leur situation, d'une prise en charge de leurs frais de santé, qu'elles soient en situation régulière ou irrégulière vis-à-vis du droit au séjour.

Ainsi, les personnes en situation régulière qui résident sur notre territoire depuis plus de 3 mois peuvent demander leur affiliation à l'assurance maladie, et bénéficier de la CMU complémentaire (CMU-C) ou de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) si elles en remplissent les conditions de ressources. Il est à noter que les demandeurs d'asile, les réfugiés et les bénéficiaires de la protection subsidiaire peuvent bénéficier de ces prestations dès la reconnaissance de leur statut, sans application du délai de résidence minimale de trois mois sur le territoire.

Les personnes en situation irrégulière qui résident sur notre territoire depuis plus de 3 mois doivent quant à elles solliciter l'aide médicale de l'Etat (AME), attribuée selon les mêmes conditions de ressources que la CMU-C. Celles qui résident en France depuis moins de 3 mois peuvent bénéficier du dispositif des « soins urgents » (cf. ci-après).

Les personnes mineures, isolées ou non, quelle que soit la situation de leurs parents vis-à-vis du droit au séjour, peuvent bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de santé dès leur arrivée sur le territoire en application de la Convention internationale des droits de l'enfant. Pour cela, leurs parents ou les organismes ayant en charge ces personnes mineures doivent effectuer une demande de prise en charge auprès de la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence :

- au titre de l'assurance maladie et de la CMU-C si les parents sont en situation régulière ou si les personnes mineures sont prises en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ;

- au titre de l'AME si les parents sont en situation irrégulière ou si les personnes mineures ne sont pas prises en charge par les services de l'ASE ou de la PJJ.

Si des soins doivent rapidement être dispensés aux personnes ou l'ont déjà été, les justificatifs de besoin de soins ou les factures des soins doivent être joints au dossier afin que la caisse l'instruise en priorité et règle les factures.

Domiciliation

Pour bénéficier de cette prise en charge, les personnes doivent adresser leur dossier de demande à la caisse d'assurance maladie de leur lieu de résidence, et disposer pour cela d'une adresse, ou, pour les personnes sans domicile stable, d'une domiciliation administrative.

Le dispositif de domiciliation des personnes sans domicile stable est détaillé par la note d'information du 5 mars 2018 relative à l'instruction DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016, le droit à la domiciliation ayant été simplifié et élargi par l'article 46 de la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové (ALUR). Ainsi, l'article D. 264-9 du code de l'action sociale et des familles élargit la liste des organismes pouvant demander un agrément préfectoral aux centres d'hébergement d'urgence relevant de l'article L. 322-1, aux établissements de santé et aux services sociaux départementaux. Il est à noter que les établissements de santé n'ont pas besoin d'obtenir d'agrément pour domicilier une personne hospitalisée sur le long terme et qui peut y recevoir son courrier. Nous vous invitons à prendre connaissance des outils développés par le ministère des solidarités et de la santé pour la domiciliation des personnes sans domicile stable³.

Prise en charge financière anticipée et instruction prioritaire (rappel des règles existantes)

La prise en charge des personnes débute à la date de la demande pour l'affiliation à l'assurance maladie ainsi que pour le bénéfice de l'AME, et s'agissant de la CMU-C au premier jour du mois suivant la décision d'acceptation de la demande. Toutefois, si des soins ont été délivrés avant cette date aux personnes qui remplissaient alors les conditions d'éligibilité aux dispositifs, la prise en charge sera anticipée. Pour les bénéficiaires de l'AME, elle prendra effet à la date d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins, à condition que la demande ait été transmise dans un délai de 30 jours. Pour les bénéficiaires de la CMU-C, elle débutera au 1^{er} jour du mois de dépôt de la demande. Si le demandeur n'a pu effectuer la demande de CMU-C en raison de son hospitalisation, il revient à l'établissement de remplir le formulaire de demande et de le transmettre à la caisse dans un délai de 60 jours, auquel cas la date d'entrée dans l'hôpital sera assimilée à la date du dépôt de la demande. Les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville doivent être joints aux dossiers de demande d'AME et de CMU-C.

En outre, une instruction prioritaire est effectuée par la caisse d'assurance maladie dès lors qu'est joint au dossier un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) et faisant état d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation.

³ Plus d'informations : <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/droits-et-aides/article/domiciliation-des-personnes-sans-domicile-stable-417653>

Les « soins urgents »

Les personnes en situation irrégulière qui ne peuvent bénéficier de l'AME, notamment parce qu'elles résident en France depuis moins de trois mois, peuvent bénéficier du dispositif dit des « soins urgents », défini à l'article L. 254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces soins, réalisés exclusivement en établissement hospitalier, regroupent les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître, les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie, tous les soins de la femme-enceinte et du nouveau-né, notamment les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et l'accouchement, ainsi que les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical). La délivrance de médicaments postérieurement aux soins effectués dans l'établissement peut également être prise en charge dans le cadre des « soins urgents », à condition qu'ils aient été prescrits par un médecin de l'établissement lors de la délivrance de ces soins⁴.

Indépendamment de la réalisation de ces soins, la procédure de facturation des « soins urgents », prévue par l'instruction interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 appelle les précisions suivantes : conformément à cette circulaire, pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des « soins urgents », les établissements doivent présenter une demande d'AME à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux pour lesquels la demande d'AME a été rejetée⁵. Les établissements adressent ainsi leurs factures à la CPAM en joignant le courrier de rejet de l'AME.

Si l'établissement n'est pas en mesure de joindre à la demande d'AME les justificatifs d'identité et de résidence depuis plus de 3 mois en France de la personne, ainsi que son attestation de domiciliation en cas d'absence d'adresse, soit parce qu'elle n'est plus présente dans l'établissement, soit parce qu'elle ne possède pas les documents précités, alors l'établissement transmet à la caisse une attestation sur l'honneur sur le modèle défini en annexe 2.

Il est à noter que le silence gardé pendant plus de deux mois par la CPAM saisie d'une demande d'AME vaut rejet implicite, permettant l'imputation des frais sur le dispositif des « soins urgents ». Dorénavant, dans ces situations, pour permettre un traitement plus rapide des dossiers concernés, les établissements doivent joindre à leurs factures la demande d'AME datée de plus de 2 mois et les envoyer à l'adresse générique suivante :

- cnsup.cpam-paris@assurance-maladie.fr : pour les établissements situés en Île de France ;
- cnsuco.cpam-coteopale@assurance-maladie.fr : pour les établissements situés dans les autres régions de métropole.

⁴ Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat

⁵ Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat et instruction interministérielle n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents

Conventions de partenariat avec les CPAM

Pour faciliter l'accès aux droits des personnes en situation de précarité, les caisses d'assurance maladie sont mobilisées et incitées à nouer des partenariats avec des structures d'accueil de ces populations (permanences d'accès aux soins de santé (PASS), centres communaux d'action sociale (CCAS), services de l'aide sociale à l'enfance (ASE), structures associatives...). Dans le cadre de ces conventions, sont définis des circuits et interlocuteurs dédiés visant à fluidifier les échanges entre les différents acteurs et ainsi accélérer la prise en charge. Ainsi, la mobilisation d'une structure sanitaire pour la prise en charge des migrants primo-arrivants pourra s'accompagner de la signature d'une convention de coopération avec la CPAM.

En outre, dans le cadre de la démarche de labélisation d'actions d'initiatives locales en matière de lutte et de prévention du non recours au droit et au soins (PLANIR : Plan Local d'Accompagnement du Non Recours, des Incompréhensions, des Ruptures), la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) a entamé des travaux visant à répondre spécifiquement aux problématiques rencontrées par les migrants primo-arrivants. A partir de l'analyse des actions construites par certains organismes, il est prévu d'organiser et de généraliser un ensemble d'actions ayant déjà été expérimentées localement. Cette offre de service, basée sur la coopération avec les structures d'accueil et de prise en charge des migrants, devrait être déployée nationalement d'ici fin 2018 et intégrera notamment des dispositifs d' « aller vers » à destination de ces populations.

Toutefois, si des situations de blocage ou de désaccord persistant concernant les ouvertures de droit venaient à se présenter, pour lesquelles aucune solution de prise en charge n'aurait pu être trouvée en lien avec les correspondants habituels, le conciliateur de la caisse d'assurance maladie doit être saisi.

3. Organiser une mobilisation des dispositifs sanitaires de droit commun pour une prise en charge sanitaire effective des migrants

a. Le rendez-vous santé des primo arrivants

La prise en charge des migrants primo-arrivants suppose d'initier le parcours de santé par un rendez-vous santé ayant pour objectifs : l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun. Ce bilan devra tenir compte des examens et dépistages disponibles effectués antérieurement.

Si la situation l'impose sur un territoire donné (accueil d'un nombre important de migrants primo-arrivants), des solutions dédiées peuvent être envisagées en amont de ce rendez-vous. Par exemple, la réalisation de bilans d'orientations assurés par des binômes infirmiers/interprètes permet d'identifier les personnes qui nécessitent une consultation médicale sans délai, et celles pour qui le rendez-vous santé peut être organisé sans urgence.

Selon l'avis du HCSP du 6 mai 2015, ce rendez-vous santé devrait intervenir dans un délai optimal de 4 mois après l'arrivée et comporter les éléments suivants :

- la délivrance d'une information approfondie sur les principes de la santé en France, les règles de fonctionnement du service public et du système de soins, la prise en charge des soins, la santé des femmes, la santé et la protection des mineurs ;
- un examen clinique général effectué par un médecin, incluant : une évaluation de l'exposition à des violences physiques, sexuelles, et mentales et de leurs conséquences sur la santé ; et le recueil des antécédents médicaux personnels du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques ;
- une évaluation et une mise à jour du statut vaccinal ;
- le dépistage de la tuberculose pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité ;
- la proposition systématique de dépistage du VIH, du VHB, du VHC, et d'autres examens en fonction des résultats de l'examen clinique (suivi gynécologique, suivi de grossesse, suivi pédiatrique, dépistage des hémoglobinopathies, du diabète, examen urinaire par bandelette, examen parasitologique des selles, etc.).

Il résulte des travaux menés au niveau national que l'évaluation des besoins en santé mentale est également importante dès ce stade. La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande, en outre, que le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones. Il importe en effet que soit prêté une attention particulière aux explications préalables fournies sur les éléments du bilan de santé, de manière à ce que soit recueilli le consentement libre et éclairé des personnes à qui ces examens sont proposés et à ce que soit assurée une information de qualité.

b. L'identification et la mobilisation de structures médicales « pivot » pour le rendez-vous santé

Les structures médicales pivot

La prise en charge sanitaire des migrants primo-arrivants dans une logique de parcours suppose l'intervention de structures à même de réaliser ce rendez-vous santé initial, ou de coordonner l'intervention concertée de plusieurs professionnels pour la réalisation de ce rendez-vous santé. En outre, elle doit également pouvoir orienter la personne, pour des besoins spécifiques, vers d'autres professionnels de santé.

Vous êtes invités, en concertation avec les acteurs de la région, à construire une offre de soins adaptée aux territoires en identifiant des structures qui pourraient jouer ce rôle pivot.

Les PASS sont appropriées pour les personnes présentant un problème de santé et ne bénéficiant pas encore d'une prise en charge de leurs frais de santé. La prise en charge de ce problème de santé est l'occasion d'accompagner les personnes dans leur ouverture de droits, d'initier le rendez-vous santé, puis d'orienter le patient vers la médecine de ville pour la suite de la prise en charge et les besoins ultérieurs. Plusieurs types de structures médicales sont également en mesure d'initier ce rendez-vous santé : centres de santé, maisons pluri professionnelles, etc. Vous trouverez sur l'espace partagé les fiches correspondant à ces structures.

L'organisation de l'offre autour des structures médicales « pivots »

Si la pluridisciplinarité est souhaitable dès le premier contact, et sur un même lieu, elle n'est pas toujours possible. De ce fait, l'offre autour de ces structures devrait idéalement être organisée pour permettre l'orientation des personnes vers des partenaires ressources compétents pour les questions sociales, pour la réalisation des examens du rendez-vous santé, ainsi que pour l'orientation en cas de besoin vers d'autres professionnels (ex : la prise en charge en santé mentale, la prise en charge des enfants, le suivi gynécologique, la prise en charge des grossesses, etc.).

Par exemple, les structures médicales pivots pourraient être incitées à développer des partenariats avec les structures suivantes : les services de protection maternelle et infantile (PMI), centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), centres de vaccination, centres médicaux psychologiques (CMP), centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), centres de lutte antituberculeuse (CLAT), centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), services des centres hospitaliers, réseaux de santé et de médecins libéraux (dont psychiatres, pédiatres, et gynécologues, médecins généralistes formés à la gynécologie, ou sage-femme), centres dentaires, etc.

Partage de pratiques

Des outils et documents de référence seront disponibles sur l'espace partagé (Parcours-Santé-Migrants) et sont destinés à être mis à disposition des acteurs qui souhaitent s'investir dans cette voie. Les ARS sont invitées à utiliser cet espace pour faire remonter des exemples d'organisations mises en place sur leurs territoires.

Enfin, il semblerait pertinent d'évaluer différentes modalités d'organisation de structures de droit commun pour la réalisation du bilan de santé des migrants primo-arrivant sans avance de frais. Une expérimentation permettrait en outre de travailler à la définition de modèles économiques adaptés pour l'accès à l'interprétariat et à la médiation sanitaire en ville. Dans ce cadre, les ARS pourraient être sollicitées pour participer à la rédaction du cahier des charges de cette expérimentation.

c. La prise en compte des besoins de prise en charge en santé mentale

Le repérage des besoins de prise en charge en santé mentale doit s'envisager dès le premier contact. Le premier rendez-vous santé est dans l'idéal conduit par un binôme constitué d'un médecin généraliste, et d'un psychiatre ou d'un psychologue, mais il peut être mené par un médecin généraliste formé. La mobilité des équipes psychiatriques des CMP et EMPP, notamment au sein des dispositifs PASS, est encouragée. La visibilité et le maillage des structures spécialisées de premier contact dans les territoires (notamment PASS, EMPP) sont à renforcer.

En dehors du rendez-vous santé, des professionnels autres que de santé sont amenés dans leurs échanges avec les personnes nouvellement arrivées à repérer des vulnérabilités. Nous vous invitons à partager les formations et les outils d'aide au repérage des vulnérabilités à destination notamment des travailleurs sociaux utilisés sur vos territoires. Pour rappel, la

souffrance ou les difficultés psychiques repérées doivent être confirmées par des professionnels de santé de première ligne. De plus, une validation des outils qui peuvent être recommandés est nécessaire et sera conduite au niveau national. Un travail national est également prévu pour développer une formation de la population générale aux « premiers secours en santé mentale »⁶.

Pour les personnes nécessitant une prise en charge pour des troubles psychiques, l'orientation vers les dispositifs de droit commun, en particulier les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur (CMP adultes et infanto-juvénile), est à faciliter. Ainsi, comme cela est prévu par l'article L. 3221-4 du code de santé publique (modifié par l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016), le directeur général de l'ARS s'assure que des modalités d'organisation permettant l'accueil et la prise en charge des migrants soient mises en place par les établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur. Il peut le cas échéant les inviter à définir ces modalités d'organisation, qui doivent être lisibles et connues des partenaires, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou des communautés psychiatriques de territoire (CPT). Ces modalités doivent intégrer la prise en charge par les secteurs de psychiatrie des personnes hébergées en CHRS, ou en CADA et dans les autres structures d'hébergement. Il convient de s'assurer de l'accès effectif aux CMP pour les personnes titulaires de l'AME. Vous pourrez également vous appuyer sur un travail en réseau avec les psychologues et psychiatres libéraux du territoire désireux de s'investir dans la prise en charge des migrants, en favorisant leur accès à des services d'interprétariat et à une possibilité de recours. D'une manière générale, la formation de ces professionnels libéraux et des professionnels des CMP à la prise en charge du psychotraumatisme par des structures spécialisées est à encourager, ainsi que l'accès à un interprétariat professionnel. Les structures associatives spécialisées dans la psychiatrie transculturelle représentent également une ressource pour les dispositifs de droit commun.

Enfin, l'appel à projet pour l'identification de dix dispositifs de prise en charge du psychotraumatisme sur le territoire national contribuera à cet objectif. Il s'agira à l'avenir de s'appuyer sur ces dispositifs pour renforcer également l'expertise des acteurs concernés par la prise en charge des migrants. En lien avec ces dispositifs, un centre national de ressources, qui sera désigné par appel à projet, viendra en appui avec des missions transversales de recherche, de formation et de diffusion des bonnes pratiques.

d. Le recours à l'interprétariat et à la médiation sanitaire

Le recours à l'interprétariat professionnel⁷ (en face à face, par téléphone ou en visio conférence) et la médiation sanitaire⁸ sont essentiels à une prise en charge sanitaire de qualité pour les populations migrantes. Ils font l'objet de référentiels de pratiques élaborés par la HAS en 2017 que nous vous invitons à diffuser auprès des acteurs investis dans la prise en charge des migrants.

⁶ Aide apportée aux personnes qui commencent à manifester un problème de santé mentale ou qui traversent une crise psychologique

⁷ Référentiels de compétences, formation et bonnes pratiques : Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé, HAS, oct. 2017

⁸ Référentiels de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, HAS, oct. 2017

Des travaux, qui ont été initiés au niveau national, sont nécessaires pour évaluer les besoins non couverts et définir les modalités de financement et d'organisation de ces interventions. Nous vous proposons ainsi de partager les pratiques d'organisation de l'interprétariat sur vos territoires, dans les établissements et en ville (ex : plateformes mutualisées d'interprétariat pour les structures de villes, les médecins libéraux, les psychologues, les CPAM, les CMP, etc).

Dans les établissements de santé, il paraît adapté d'identifier une personne référente pour organiser l'accès à l'interprétariat et s'assurer que l'accès aux prestations d'interprétariat est simple et rapide (éviter en particulier les validations multiples qui imposent au professionnel de santé d'anticiper le moment auquel il fera appel à un interprète) et disponible pour d'autres services que les PASS. Il est possible de s'appuyer sur les éventuelles ressources internes de l'établissement (personnel bilingue), en respectant les recommandations HAS : formation aux techniques d'interprétariat, prise en compte dans le temps de travail, organisation formalisée, liste à jour des personnels volontaires.

A noter qu'en santé mentale, l'interprétariat requiert une formation de l'interprète mais aussi du professionnel (psychiatre, psychologue, infirmier). Il existe des formations courtes pour les soignants dispensées par des associations spécialisées, et qui permettent un travail en binôme satisfaisant.

4. Un espace de travail partagé ARS – Ministère des solidarités et de la santé

Cet espace de travail visera à mettre à disposition des ARS et des DRJSCS des outils et documents de référence et à partager des modèles d'organisation de parcours de santé des migrants sur les territoires, qui serviront notamment à alimenter les travaux planifiés au niveau national dans les domaines ci-dessous.

Nous vous invitons à utiliser l'espace de travail pour partager vos modèles d'intervention et pratiques, notamment dans les domaines suivants :

- le fonctionnement de structures pivots ou de réseaux de prise en charge ;
- les outils développés pour le suivi médical des personnes (ex : coffre-fort numérique, passeport santé, etc.) ;
- les interventions de médiation sanitaire en lien avec des structures de ville ;
- les modèles de financement et de mutualisation de l'interprétariat professionnel en ville et à l'hôpital ;
- les pratiques de traduction assistée par ordinateur éventuellement utilisées par certains professionnels de santé, tout en gardant à l'esprit la prudence à laquelle invite la HAS sur ces moyens de communication.
- les formations et outils d'aide au repérage et à l'orientation des personnes présentant une souffrance psychique, notamment pour les travailleurs sociaux.

5. Autres points

Deux questions sont fréquemment évoquées comme obstacles potentiels au parcours de santé de migrants primo-arrivants, et méritent une clarification.

a. Suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers

Depuis le 1er janvier 2017, les articles L. 313-7 et R. 311-3-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile confient aux établissements d'enseignement supérieur l'organisation du suivi sanitaire préventif des étudiants étrangers. Vous êtes invités à faciliter la formalisation de partenariats entre les établissements d'enseignement supérieur et les CLAT. Les conventions de partenariat définiront notamment les conditions d'orientation des étudiants vers ces structures par les établissements d'enseignement supérieur ainsi que les modalités de suivi de l'activité de dépistage de la tuberculose. En tout état de cause, l'absence de formalisation de partenariats ou d'orientation préalable par les établissements d'enseignement supérieur ne saurait être un obstacle au dépistage de la tuberculose en CLAT.

Afin d'évaluer l'impact pour les CLAT, un bilan quantitatif et qualitatif du dépistage de la tuberculose des étudiants étrangers au sein des CLAT sera établi par chaque ARS et transmis à la direction générale de la santé en septembre 2019.

b. Consentement aux soins et domiciliation des mineurs non accompagnés en l'absence de représentation légale

Pour les personnes qui indiquent être mineures, et sans représentation légale, la question du consentement des titulaires de l'autorité parentale pour les soins se pose. En l'absence de représentation légale, par analogie avec les articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1 du code de la santé publique, si le mineur est accompagné par un majeur de son choix, les médecins et les sages-femmes peuvent mener des actions de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement ou d'intervention s'imposant pour sauvegarder la santé des mineurs non accompagnés. Les infirmiers peuvent également mener de telles actions pour les questions relatives à la santé sexuelle.

Concernant la domiciliation, en accord avec la note d'information du 5 mars 2018 relative à l'instruction DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016, les organismes domiciliaires peuvent établir une attestation d'élection de domicile au bénéfice de mineurs ayant des besoins propres en matière d'accès aux droits, de couverture maladie ou d'autres prestations sociales (prestation d'accueil du jeune enfant ou allocations familiales, par exemple).

Nous vous invitons à nous faire remonter les difficultés éventuelles que vous rencontreriez dans la mise en œuvre de cette instruction.

Pour la ministre et par délégation

Signé

Jérôme SALOMON
Directeur général de la santé

Pour la ministre et par délégation

Signé

Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

Signé

Mathilde LIGNOT LELOUP
Directrice de la sécurité sociale

Pour la ministre et par délégation

Signé

Jean-Philippe VINQUANT
Directeur général de la cohésion sociale

Pour la ministre et par délégation

Signé

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

AVIS

relatif aux recommandations concernant la visite médicale des étrangers primo-arrivants en provenance de pays tiers

Version du 6 mai 2015

Le Haut Conseil de la santé publique a reçu le 20 novembre 2014 une saisine conjointe du ministère chargé de la santé (Direction générale de la santé) et du ministère de l'intérieur (Direction générale des étrangers en France) relative aux enjeux en termes de santé publique du maintien ou de l'évolution de la visite médicale obligatoire que passent actuellement tous les étrangers primo-arrivants de pays tiers qui souhaitent obtenir un titre de séjour pour une durée supérieure à 3 mois sur le territoire national.

Il est demandé au HCSP d'émettre un avis sur « l'opportunité du maintien ou non de cette visite réalisée actuellement par les services médicaux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii). Si cette visite est maintenue, il conviendra de redéfinir son contenu, les populations concernées et le moment où elle doit être réalisée. Il s'agira notamment d'analyser la place de cette visite au regard des enjeux de sécurité sanitaire internationale (Règlement sanitaire international et politique sanitaire européenne) et de risque collectif de santé publique ».

Le HCSP a pris en considération les éléments suivants

- **L'arrêté du 11 janvier 2006** relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France [1].
- **Les éléments issus du rapport conjoint IGA/IGAS** d'octobre 2013 [2] : celui-ci estime que le dispositif d'accueil aux migrants doit s'assurer que tous les migrants soient pris en charge à leur arrivée en France tout en facilitant leur accès aux dispositifs de droit commun. Il recommande notamment de maintenir la visite médicale par l'Ofii en complétant son contenu par le dépistage d'autres pathologies transmissibles, de déconnecter cette visite médicale de l'obtention du titre de séjour et d'étudier la possibilité de réduire le nombre d'étrangers soumis à la visite médicale.
- **La note de la direction de l'immigration**, sous-direction du séjour et du travail du ministère de l'Intérieur, en date du 16 juin 2014 relative à l'évolution des modalités de la visite médicale des demandeurs de titres de séjour. Cette note évoque diverses possibilités d'évolution du système actuel : augmentation du nombre de visites pratiquées à l'étranger, multiplication des acteurs habilités en France à effectuer cette visite : médecine universitaire, médecine du travail, médecins libéraux et praticiens hospitaliers assermentés, l'Ofii pouvant garder un rôle de coordination.
- **Le projet de loi portant réforme du droit d'asile (art. L. 733-5)** [3] selon lequel « L'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) peut demander à la personne sollicitant l'asile de se soumettre à un examen médical. [...] Le fait que la personne refuse de se soumettre à cet examen médical ne fait pas obstacle à ce que l'office statue sur sa demande. [...] Un arrêté conjoint du ministre chargé de l'asile et du

ministre chargé de la santé, pris après avis du directeur général de l'office, fixe les modalités d'agrément des médecins et d'établissement des certificats médicaux ».

- **Le rapport du bureau régional Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Commission européenne** : « How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity » de 2010 [4] qui inscrit les problèmes de santé des migrants et leurs besoins de soins dans la perspective générale des déterminants sociaux de la santé et propose vingt-cinq recommandations pour améliorer la prise en compte des besoins de santé des migrants et l'équité des systèmes de soins de santé pour ces populations.
- **Les recommandations de bonne pratique médicale en matière de soins aux migrants** publiées dans la littérature scientifique et médicale européenne [5,6] ou nord-américaine (notamment canadienne [7]) qui mettent l'accent sur la nécessité de l'interprétariat professionnel¹ (en face-à-face, par vidéoconférence ou à défaut, par téléphone) pour lever les obstacles linguistiques, mais aussi l'intérêt de la formation des professionnels pour augmenter leur compétences culturelles (des formations qui font partie du cursus initial des études médicales dans plusieurs pays européens) et les bénéfices de l'intervention de médiateurs culturels pour améliorer la qualité des soins.
- **Les données française relatives à la santé et aux recours aux soins des migrants** synthétisées notamment dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) de l'Institut de veille sanitaire (InVS) du 17 janvier 2012 [8] et dans le bulletin Infos migrations (Direction générale des étrangers en France) de juillet 2014 [9]. Ces travaux appellent à une modification des politiques sanitaires et sociales visant à améliorer l'état de santé et l'accès aux soins des populations d'origine étrangère et rappellent en particulier que :
 - Globalement, les effets de sélection du « biais de migration en bonne santé » (ce sont généralement les personnes en meilleure santé qui entreprennent de migrer) font que les immigrés récemment arrivés sont, à âge et sexe comparables, plutôt en meilleure santé que les nationaux [10].
 - Dans le même temps, des disparités de santé sont relevées selon le pays d'origine (et/ou des pays traversés² [11]) en fonction de l'épidémiologie des maladies qui y sont observées, en matière non seulement de maladies transmissibles mais aussi de maladies chroniques (obésité, diabète) [12].
 - Chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés, les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente. L'exil, la migration et le voyage peuvent en effet entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences ou des événements ayant motivé la migration, mais aussi de la rupture des liens familiaux, des repères culturels et sociaux [13].
 - L'accès aux soins de migrants récemment arrivés est susceptible de rencontrer différents obstacles, non seulement linguistiques et culturels, mais également liés à la méconnaissance de l'organisation du système de soins français et des systèmes de prise en charge des coûts des soins [14].
 - Les conditions de vie que connaissent, ensuite, certains immigrés en France expliquent – au moins en partie - la détérioration de leur état de santé, qui tend à s'aggraver avec la durée de présence dans notre pays [10].

¹ Voir aussi à ce sujet : Schwartzinger M. Usage et opportunités du recours à l'interprétariat professionnel dans le domaine de la santé : analyse des pratiques d'interprétariat en matière de prévention et de prise en charge du VIH/Sida, de la tuberculose et du diabète. Paris : Direction générale de la santé, décembre 2012, 139 p.

² 90 % des primo-arrivants demandant un premier titre de séjour ont toujours vécu dans leur pays de naissance (« migration directe ») mais, parmi les 10 % restants, 7/10 ont vécu dans un seul autre pays (et proviennent surtout d'Europe hors UE) et 3/10 ont transité dans plusieurs pays (ils proviennent surtout d'Afrique subsaharienne ou d'autres régions du monde) (données 2009, ELIPA).

- **Les nouvelles recommandations sur la « Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C » publié en 2014 [15]** qui rappelle que la prévalence³ de l'AgHBs est de 0,55 % pour les personnes nées en France métropolitaine, 0,92 % pour celles nées en Asie, 2,45 % pour celles nées au Moyen-Orient et 5,25 % pour celles nées en Afrique subsaharienne ; et que la prévalence de l'hépatite C est de 1,69 % pour les personnes nées en zones de moyenne endémicité (Afrique du Nord et subsaharienne, Asie, Pacifique et sous-continent indien) et de 10,17 % chez les personnes nées au Moyen-Orient, contre une prévalence globale de 0,84 % en France métropolitaine (tous lieux de naissance confondus).
- **Les informations recueillies au travers des différentes auditions** qui ont concerné le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et la médecine universitaire, l'Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii, ministère de l'Intérieur), le centre Primo Levi, le Centre MST de l'hôpital Saint-Louis (pour la Société française de dermatologie), l'association Médecins du Monde, la Direction générale du travail (ministère du Travail), le Centre de lutte antituberculeuse (Clat) du Bas-Rhin, le Comité médical pour les exilés (Comede), la Direction générale des étrangers en France (ministère de l'Intérieur).

Le HCSP a ainsi fait les constatations suivantes :

- La visite médicale de l'Ofii concerne aujourd'hui environ 200 000 personnes par an. L'immigration familiale (environ 80 000 visites par an) et étudiante (environ 60 000 visites par an) vient loin devant l'immigration de travail (20 000 visites par an, qui n'est plus obligatoire pour la délivrance de titres de séjour « talents » depuis août 2014) tandis que, parmi les 70 000 demandeurs d'asile, une minorité seulement bénéficie de cette visite (cf. infra). Les ressortissants de l'Union européenne ne sont pas concernés par ce dispositif.
- Il persiste une ambiguïté dans la désignation de la population cible du dispositif existant. En fait de « primo-arrivants », la visite médicale est également obligatoire pour les immigrés demandant à changer de statut, c'est-à-dire pour des étrangers présents sur le territoire depuis plusieurs années, ce qui n'est pas justifié. De même, les étrangers en situation irrégulière régularisés sont généralement présents en France depuis plusieurs années et ne peuvent être considérés comme des « primo-arrivants ».
- La visite médicale réalisée actuellement est censée répondre à un double objectif de contrôle et de prévention. Le HCSP 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 : face à une autorité de contrôle, le constat est général que les risques et les comportements de dissimulation font obstacle aux actions de prévention et, notamment, à l'acceptation des dépistages proposés.
 - Sur un plan déontologique, un même médecin ne peut pas assumer à la fois une mission de prévention et une mission de contrôle (Art. 100 du code de déontologie conformément à l'art R.4127-100 du code de la santé publique [16]).
 - La mission de contrôle sanitaire a pour but d'éviter l'introduction sur le territoire national en provenance de pays-tiers de certaines maladies infectieuses et transmissibles mentionnées dans le Règlement sanitaire international (RSI). Le HCSP considère que cette mission ne relève pas de ce dispositif, mais du contrôle sanitaire aux frontières. Il en est de même pour les maladies émergentes (maladie à virus Ebola, SRAS, grippe aviaire...) qui n'appartiennent pas à la liste des quatre

³ Population générale des 18-80 ans en France métropolitaine en 2004 (données InVS).

maladies devant être obligatoirement notifiées dans le cadre du RSI mais peuvent constituer une USPPi (urgence de santé publique de portée internationale).

- Parmi les maladies transmissibles dont l'introduction sur le territoire national mérite d'être contrôlée, la tuberculose pose un problème particulier dans la mesure où son dépistage et son traitement précoces bénéficient d'abord à la personne atteinte. Le risque de tuberculose chez les migrants est identique à celui encouru dans le pays d'origine et persiste dans les premières années suivant l'entrée sur le territoire [17]. Ainsi en 2009, pour un taux de déclaration de tuberculose de 8,2/100 000 en France, le taux était 8 fois plus élevé chez les personnes nées dans un pays étranger et notamment de 109/100 000 pour ceux nés en Afrique subsaharienne [18]. Parmi les personnes examinées dans le cadre de l'Ofii, l'incidence annuelle de la tuberculose était de 140/100 000 en 2009 et l'Ofii a contribué au dépistage de 7,9 % des cas de tuberculose déclarés en France cette année là [2]. Dans le dispositif actuel, le dépistage d'une tuberculose bacillifère conduit à différer la délivrance du titre de séjour jusqu'à preuve d'une prise en charge adaptée ayant permis de supprimer l'excrétion de bacilles de Koch mais il n'a jamais constitué un motif de refus de délivrance de ce titre de séjour.
- La seconde situation qui peut, aujourd'hui, conduire théoriquement au refus de délivrance d'un titre de séjour est la présence d'une pathologie psychiatrique susceptible de porter atteinte à l'ordre public. Dans les faits, il semble qu'aucune délivrance n'ait jamais été refusée pour ce motif. Le HCSP considère que la protection de l'ordre public est un objectif légitime des pouvoirs publics mais que ses modalités d'application pour les malades mentaux (notamment les hospitalisations sous contrainte) doivent être les mêmes quels que soient la nationalité ou le statut de résidence des personnes présentes sur le territoire. Cette mission relève des services de soins psychiatriques.
- Parmi les demandeurs d'asile, seuls ceux pris en charge en Centre d'accueil pour les demandeurs d'asile (Cada) bénéficient actuellement de cette visite médicale (à leur entrée en Cada).
 - Or, ceux-ci ne représentent actuellement qu'une minorité des demandeurs d'asile (environ 25 000 sur 70 000). Les autres - logés en hébergement d'urgence (environ 25 000) ou par leurs propres moyens (20 000) - n'en bénéficient pas.
 - Qui plus est, les temps d'attente pour entrer en Cada sont tels (17 mois en moyenne en région parisienne) que la visite médicale est retardée d'autant et ne répond plus aux objectifs de prévention des primo-arrivants récents.
 - Chez les demandeurs d'asile, la première cause de morbidité est en rapport avec les conséquences physiques et, surtout, psychologiques des violences vécues dans le pays d'origine ou pendant la trajectoire de migration. Alors que de nombreux professionnels plaident pour un dépistage systématique de ces violences et de leurs conséquences (dont la majorité relève d'une prise en charge en soins primaires), celles-ci restent mal identifiées et peu prises en compte à l'arrivée en France. On ne compte par ailleurs qu'un nombre très restreint de structures spécialisées (par exemple six centres de soins destinés aux victimes de torture en métropole pour une population estimée de 125 000 victimes vivant en France).
- La démographie médicale des médecins du travail est en importante diminution : actuellement au nombre de 5 000 pour 22 millions de travailleurs, ils seront deux fois moins nombreux dans les dix prochaines années. Par ailleurs, les objectifs et le contenu de la visite médicale d'aptitude au travail ne recouvrent pas ce qui est souhaité pour la visite médicale des primo-arrivants.
- Certains territoires disposent de services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé performants [19].

Le Haut Conseil de la santé publique recommande que :

- **Soit maintenu un « Rendez-vous Santé » obligatoire avec un contenu modulable pour les primo-arrivants :**
 - dans un délai optimal de 4 mois après l'entrée sur le territoire⁴ ;
 - détaché de toute fonction de contrôle et strictement soumis au secret médical ;
 - ayant pour objectifs l'information, la prévention, le dépistage, l'orientation et l'insertion dans le système de soins de droit commun.
- **Ce « Rendez-vous Santé » puisse être effectué dans diverses structures, en fonction notamment du type de population concernée (étudiants, immigration familiale).**
- **Ce « Rendez-vous Santé » concerne les populations suivantes quelle que soit leur origine géographique (à l'exception des ressortissants de l'Union européenne) :**
 - étudiants,
 - personnes arrivant dans le cadre de l'immigration familiale,
 - travailleurs,
 - demandeurs d'asile,

Le HCSP prend acte du décret du 18 août 2014 dispensant les « talents » de cette procédure.
- **Ce « Rendez-vous Santé » soit idéalement effectué dans un lieu unique** intégrant les aspects sanitaires, sociaux, psychologiques/psychiatriques et informationnels.
- **A l'occasion de ce « Rendez-vous Santé » soient systématiquement délivrées des informations sur les points suivants :**
 - les principes de la santé en France : secret médical, égalité des droits notamment homme-femme, consentement aux soins, libre choix du médecin traitant ;
 - les règles de fonctionnement du service public reposant sur des professionnels de santé des deux sexes ayant les mêmes missions ;
 - les modalités d'accès, d'organisation et de fonctionnement du système de soins en France ;
 - les modalités de prise en charge des soins (assurance maladie, CMU, ...) ;
 - la santé des femmes : suivi périnatal (service de protection maternelle et infantile), intégrité du corps, accès à la contraception, droit à l'avortement, violences intrafamiliales, dépistage des cancers gynécologiques, ...
 - la santé et la protection des mineurs : service de protection maternelle et infantile (PMI), service de protection de l'enfance, service de santé scolaire, ...
- **Le recours à l'interprétariat professionnel soit systématique pour les personnes non francophones.**
- **La structure en charge de ce « Rendez-vous Santé » ait établi des liens contractuels avec d'autres structures de santé pour concourir à la réalisation de ses missions et permettre notamment un accès facilité et effectif aux soins en cas de nécessité, ainsi qu'un retour d'information après orientation.**

⁴ Pour différencier du visa touristique délivré pour 3 mois. C'est également le délai maximal recommandé pour le dépistage de la tuberculose chez les migrants [17].

- **Le contenu médical de ce « Rendez-vous Santé » répond à un cahier des charges national établi en regard d'un référentiel de pratiques.**
- Sans préjuger du travail à conduire pour établir ces recommandations de bonnes pratiques de prévention et de soins primaires à destination des migrants récents⁵, **le HCSP recommande en première analyse les examens suivants :**

Examens obligatoires

- **Examen clinique général** effectué par un médecin incluant systématiquement :
 - une évaluation de l'exposition à des violences physiques et mentales et de leurs conséquences sur la santé (séquelles de sévices, dépression, syndrome post-traumatique, ...)
 - le recueil des antécédents médicaux personnels (connus) du patient, en particulier des allergies, et des consommations de tabac, d'alcool et de toxiques.
- **Evaluation et mise à jour du statut vaccinal**
 - Dans les situations complexes (pas de document), cette évaluation doit être faite dans un centre de vaccinations qui procédera à la mise à jour des vaccinations en fonction du calendrier vaccinal en vigueur.
- **Dépistage de la tuberculose** pour toutes les personnes provenant ou ayant séjourné dans un pays de haute endémicité tel que défini par l'OMS⁶, quels que soient leur âge et leur statut vaccinal vis-à-vis du BCG. La situation épidémiologique de certains pays appartenant à l'UE mérite une attention particulière.
 - Le dépistage de la tuberculose relève de la mission des Clat avec lesquels la structure en charge du « Rendez-vous Santé » santé devra contractualiser.
 - Le Clat a pour mission d'orienter les personnes atteintes vers une structure de soins, d'organiser un éventuel dépistage dans l'entourage et de prévoir pour les personnes non atteintes une éventuelle visite à distance⁷. Pour les jeunes enfants, les Clat peuvent avoir recours à une consultation hospitalière spécialisée.

Examens systématiquement proposés

- **Dépistage VIH, VHB, VHC :** pour la réalisation de ces examens, la structure devra avoir contractualisé avec des centres de dépistage (centres de dépistage anonymes et gratuits, centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic par exemple - CGIDD). Par ailleurs, les centres responsables de ce « Rendez-vous Santé » représentent potentiellement des lieux privilégiés pour l'utilisation de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod).
 - Une attention particulière doit être portée aux personnes provenant de pays de haute et moyenne endémicité pour ces infections⁸.

⁵ Voir par exemple la démarche canadienne entreprise en 2010 à partir d'une méthode de consensus (Delphi) [20], déclinée en recommandations de bonnes pratiques [7].

⁶ Liste actuelle : Afrique dans son ensemble, Amérique du Sud et Amérique centrale, Asie dans sa totalité y compris le Moyen-Orient et pays de l'Europe de l'Est hors Union européenne.

⁷ Le risque de tuberculose chez les migrants primo-arrivants de pays à forte incidence reste très élevé dans les 3 ans suivant leur arrivée [17].

⁸ Depuis 2009, les recommandations de la HAS préconisent une proposition de dépistage universel de l'infection par le VIH à toute la population (quelque soit son niveau d'exposition à un risque de contamination par le VIH) et le maintien et le renforcement d'un dépistage ciblé *et régulier* pour les populations à risque (dont « les personnes originaires d'une zone de haute prévalence, notamment [mais pas seulement] d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes ») [21]. Depuis 2001, les recommandations de l'ANAES préconisent un dépistage ciblé du virus de

- Concernant l'hépatite B, les personnes en provenance des pays de haute/moyenne prévalence, séronégatives et non infectées devraient être vaccinées.
- Les personnes dépistées positives pour une ou plusieurs de ces infections doivent être activement orientées vers une filière de soins adaptée.

Examens non systématiques mais réalisés en fonction des résultats de l'examen clinique, des facteurs de risque, de l'origine géographique, des modes de vie

- Dépistage de drépanocytose et autres hémoglobinopathies.
 - Dépistage du diabète par la mesure de la glycémie à jeun.
 - Dépistage du saturnisme chez les enfants.
 - Examen urinaire par bandelette (protéinurie, hématurie, leucocyturie).
 - Examen microbiologique des selles, en particulier parasitologique.
- **La réalisation de ce « Rendez-vous Santé » des primo-arrivants se fasse**
 - dans un délai raisonnable par rapport à la date de l'entrée sur le territoire national, le plus tôt possible dans un délai optimal de 4 mois ; ce délai fera l'objet d'un suivi systématique et devra figurer dans les rapports annuels des structures en charge du « Rendez-vous santé »
 - et sur le territoire national, les objectifs de ce « Rendez-vous Santé » dépassant largement la simple visite médicale.
 - **Les personnes en situation d'obtenir un titre de séjour à l'issue d'une présence plus prolongée sur le territoire national ne soient plus concernées pas cette procédure.**
 - **A l'issue de ce « Rendez-vous Santé » soit délivrée une attestation qui**
 - mentionne que
 - la personne a effectivement assisté au « Rendez-vous santé », à l'exclusion de toute autre information confidentielle ;
 - si la personne *était* éligible au dépistage de la tuberculose, celui-ci a été effectivement réalisé.
 - sera le seul document délivré dans ce cadre pour permettre l'obtention du titre de séjour.
 - **Des formations spécifiques destinées aux personnels des structures en charge de ces « Rendez-vous Santé » soient développées (santé des migrants, santé internationale, pratiques d'accueil et de médiation, ...).**
 - **Les données recueillies et anonymisées lors de ce « Rendez-vous Santé » puissent être utilisées à des fins épidémiologiques.**

l'hépatite C auprès (entre autres) des « personnes originaires ou ayant reçu des soins en Asie du Sud-est, au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et subsaharienne et en Amérique du Sud » [22]. En 2014, le rapport Dhumeaux précise pour la première fois en France la stratégie de dépistage du virus de l'hépatite B (en dehors du dépistage obligatoire des femmes enceintes et des donneurs de sang) et préconise le dépistage « des personnes nées ou ayant résidé dans les régions de forte (Afrique subsaharienne, Asie) et de moyenne endémicité (DROM-COM, Europe de l'Est et du Sud, Afrique du Nord, Moyen-Orient, sous-continent indien et Amérique du Sud) » [15].

La Commission spécialisée Maladies transmissibles (CSMT) a été consultée par voie électronique le 3 février 2015 : 11 membres qualifiés sur 14 membres votants ont répondu, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 11 votants, 0 abstention et 0 vote contre.

La Commission spécialisée Maladies chroniques (CSMC) a été consultée par voie électronique le 3 février 2015 : 11 membres qualifiés sur 15 membres votants ont répondu, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 11 votants, 0 abstention et 0 vote contre.

La Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé (CSPEPS) a été consultée par voie électronique le 3 février 2015 : 14 membres qualifiés sur 16 membres votants ont répondu, 0 conflit d'intérêt, le texte a été approuvé par 14 votants, 0 abstention et 0 vote contre.

Références

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

Disponible sur

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000454126&fastPos=1&fastReqId=799233993&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte> (consulté le 20/01/2015).

[2] Gagneron W, Cronel A, Bensussan C. Rapport sur l'évaluation de la politique d'accueil des étrangers primo-arrivants. Paris, Ministère de l'Intérieur (Inspection générale de l'administration, n°13-062/13-034/01) et Ministère des Affaires Sociales et de la Santé (Inspection générale des affaires sociales, n°2013-066), octobre 2013.

[3] Assemblée nationale. Projet de loi relatif à la réforme de l'asile. N°2182, juillet 2014.

Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/projets/pl2182.pdf> (consulté le 20/01/2015).

[4] WHO Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen WHO Regional Office 2010

Disponible sur http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf (consulté le 20/01/2015).

[5] Priebe S, Sandhu S, Dias S, *et al.* Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. BMC Public Health 2011; 11: 187.

Disponible sur <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-187.pdf> (consulté le 20/01/2015).

[6] Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Recher B. Good practices in migrant health: the European experience. Clinical Medicine 2012; 12(3): 248-52.

Disponible sur <http://www.clinmed.rcpjournals.org/content/12/3/248.full.pdf+html> (consulté le 20/01/2015).

[7] Pottie K, Greenaway C, Feightner J, *et al.* Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. CMAJ 2011 ; 183(12): E824-925.

Disponible sur <http://www.cmaj.ca/content/183/12/E824.full.pdf+html> (consulté le 23/01/2015).

[8] Santé et recours aux soins des migrants en France. BEH 2012 ; 2-3-4 : 13-51.

Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012> (consulté le 20/01/2015).

[9] Coirier E. L'état de santé des nouveaux migrants. Infos migrations 2014, n°70.

Disponible sur

http://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/71770/524668/file/IM_70_Etat_sante_migrants_def.pdf (consulté le 20/01/2015).

[10] Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Revue économique 2009 ; 60(2) : 385-411.

Disponible sur http://www.cairn.info/landing_pdf.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0385 (consulté le 20/01/2015).

[11] Régnard C, Domergue F. Les nouveaux migrants en 2009. Infos migrations 2011, n°19.

Disponible sur

http://www.immigration.interieur.gouv.fr/content/download/38847/296207/file/IM_19_ELIPA_2.pdf (consulté le 20/01/2015).

[12] Berchet C. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. *BEH* 2012 ; 2-3-4 : 17-21.

Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012> (consulté le 20/01/2015).

[13] Comité médical pour les exilés. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnements. Guide pratique pour les professionnels. Paris, Comede, édition 2013.

Disponible sur http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf (consulté le 20/01/2015).

[14] Drouot N, Tomasino A, Pauti MD, *et al.* L'accès aux soins des migrants en situation précaire à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde. *BEH* 2012 ; 2-3-4 : 41-4.

Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012> (consulté le 20/01/2015).

[15] Dhumeaux D, (ss la dir.). Prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. Rapport de recommandations 2014, sous l'égide de l'ANRS et de l'AFEF. Paris, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014. (voir chapitres Epidémiologie, pp. 1-18, Dépistage, pp. 19-40, Vaccination contre l'hépatite B, pp. 41-66).

Disponible sur http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatitis_2014.pdf (consulté le 23/01/2015).

[16] Article R4127-100 du Code de la santé publique. Exercice de la médecine de contrôle.

Disponible sur

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=AC29EA71F99845BEC580C0BFFAB06F1.tp_djo02v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006198781&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150120 (consulté le 20/01/2015).

[17] Groupe de travail « Tuberculose et migrants ». Recommandations relatives à la lutte antituberculeuse chez les migrants en France. Paris, Direction générale de la santé, juin 2005.

Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/dossiers/cshpf/r_mt_070605_tubermigrants.pdf (consulté le 20/01/2015).

[18] Lot F, Antoine D, Pioche C, *et al.* Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *BEH* 2012 ; 2-3-4 : 25-30.

Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-201> (consulté le 20/01/2015).

[19] Ministère de l'Education nationale. Bilan d'activité des services universitaires et interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS/SIUMPPS). Paris, Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, 2012.

[20] Swinkels H1, Pottie K, Tugwell P, Rashid M, Narasiah L. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). Development of guidelines for recently arrived immigrants and refugees to Canada: Delphi consensus on selecting preventable and treatable conditions. *CMAJ* 2011; 183(12): E928-32.

Disponible sur <http://www.cmaj.ca/content/183/12/E928.full.pdf+html> (consulté le 20/01/2015).

[21] Haute Autorité de santé. Dépistage de l'infection par le VIH en France. Stratégies et dispositif de dépistage. Synthèse et recommandations. Saint-Denis La Plaine, HAS, octobre 2009.

Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_depistage_vih_HAS_2009-2.pdf (consulté le 20/01/2015).

[22] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités du dépistage. Paris, Anaes, janvier 2001.

Disponible sur www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hepatite.pdf (consulté le 20/01/2015).

Annexe - Auditions des 25 et 26 novembre et du 3 décembre 2014

Personnes auditionnées

25 novembre 2014

Stéphane CARTON

Département de l'orientation et de la vie des campus, direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle – Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche

Pr Laurent GERBAUD

Service de santé universitaire de l'université de Clermont-Ferrand et Association des directeurs de services de santé universitaires

Yannick IMBERT et Arlette VIALLE

Direction générale

Nathalie HAYASHI

Direction de l'immigration, du retour et de la réinsertion des étrangers

Office français de l'immigration et de l'intégration (Ofii)

26 novembre 2014

Sibel AGRALI

Centre Primo Levi

Dr Françoise Julie TIMSIT

Centre clinique et biologique des MST, hôpital Saint-Louis (pour la Société française de dermatologie)

Dr Marie-Dominique PAUTI

Mission France, Médecins du Monde

Patricia MALADRY

Inspection médicale, direction générale du travail - Ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Dr Philippe FRAISSE

Centre de lutte antituberculeuse du Bas-Rhin, Réseau national des centres de lutte antituberculeuse, service de pneumologie, Nouvel Hôpital Civil de Strasbourg

Arnaud VEISSE

Direction générale - Comité pour la santé des exilés (Comede)

3 décembre 2014

Luc DEREPAIS et Bernard MONTAGNON

Direction générale des étrangers en France (DGEF)

Sabine ROUSSELY

DGEF, direction de l'immigration, sous-direction du séjour et du travail

Ministère de l'Intérieur

Questionnaires

Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (Médecine universitaire)

- Les étudiants étrangers bénéficient-ils d'une visite médicale lors de leur entrée à l'université en France ?
- La visite médicale des étudiants primo-arrivants pourrait-elle être réalisée par la médecine universitaire ? Si oui, sous quelles conditions ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (étudiants en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Office français de l'immigration et de l'intégration

- De quels moyens humains et matériels dispose l'Ofii (cabinets, personnel, appareils...) pour réaliser les visites médicales des personnes primo-arrivantes ? Notamment où sont effectuées les radiographies thoraciques et qui en fait l'interprétation ?
- Quels examens sont effectivement réalisés ? En quoi consiste l'examen d'urine ?
- Concernant le suivi des dépistages :
A qui sont référées les personnes en cas d'anomalies dépistées ?
Quel est le pourcentage de retours ?
Qui en prend connaissance ?
Des mesures sont-elles prises à l'issue des retours éventuels ?
Pour la tuberculose, combien de personnes sont adressées annuellement aux Clat (centre de lutte antituberculeuse) ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Comede, Centre Primo Levi, Médecins du Monde

- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (salariés en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?
- Avez-vous des retours d'informations sur les résultats des dépistages et sur les suivis éventuels ?

Société française de dermatologie (Centre MST)

- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (salariés en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Centre de lutte antituberculeuse (CLAT)

- Quel est le nombre de cas de tuberculose annuellement référés par l'Ofii ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France ?

- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Ministère de l'Intérieur (Direction générale des étrangers en France)

- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?
- Comment envisagez-vous le rôle de l'Ofii dans le cadre de l'élaboration du nouveau projet de loi sur l'immigration ?
- Si la notion d'absence de lien conditionnel entre la délivrance du visa et la visite médicale était renforcé, quel système permettrait de maintenir le principe d'une visite médicale obligatoire pour les personnes primo-arrivantes dans la perspective d'un bénéfice individuel et collectif ?

Direction générale du travail (Inspection du travail)

- La visite médicale des personnes primo-arrivantes pourrait-elle être « fusionnée » avec la visite d'embauche ? Si oui, sous quelles conditions ?
- Quels sont pour vous les avantages et les limites du dispositif actuel concernant la visite médicale des personnes primo-arrivantes en France (salariés en particulier) ?
- Selon vous, est-il nécessaire pour cette visite médicale de redéfinir les objectifs, le contenu, les publics bénéficiaires ?

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr

Annexe 2

[En-tête de l'établissement]

Objet : Attestation sur l'honneur relative aux pièces justificatives manquantes du dossier de demande d'aide médicale de l'Etat ci-joint

Madame, Monsieur,

En conformité avec l'instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants,

je, soussigné(e) : M/Mme,

Directeur(rice) de[nom de l'établissement]

atteste sur l'honneur que les documents justificatifs suivants n'ont pu être joints à la demande d'aide médicale de l'Etat de M/Mme.....

ayant bénéficié de soins dans notre établissement du/...../..... au/...../.....

malgré les actions mises en œuvre par notre établissement :

- document attestant de l'identité
- document attestant de la résidence en France depuis plus de 3 mois
- document attestant de la domiciliation en l'absence d'adresse

Fait à le/...../..... :

Signature et cachet de l'établissement