



## Ministère de la santé et des sports

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE  
Sous-direction promotion de la santé  
et prévention des maladies chroniques -MC1  
Personne chargée du dossier :  
Dr Christine Barbier  
tél. : 01 40 56 47 40  
mél. : [christine.barbier@sante.gouv.fr](mailto:christine.barbier@sante.gouv.fr)  
Sous-direction Prévention des risques infectieux - RI2  
Personne chargée du dossier :  
Catherine Chardin  
tél. : 01 40 56 40 36  
mél. : [catherine.chardin@sante.gouv.fr](mailto:catherine.chardin@sante.gouv.fr)

**La Ministre de la Santé et des Sports**

à

**Mesdames et Messieurs les directeurs**

**généraux des agences régionales de santé**

**INSTRUCTION N°DGS/MC1/RI2/2010/297 du 29 juillet 2010 relative aux procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves**

**Validée par le CNP le 23 juillet 2010 - Visa CNP 2010-173**

Date d'application : immédiate

Classement thématique: Protection sanitaire

**Résumé** : Rappel des procédures concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves – Enjeux et recommandations pour l'organisation des services dans le respect du secret médical.

**Mots-clés** : étrangers malades – avis médicaux – secret médical – VIH – hépatites

**Textes de référence** : article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009

**Annexes** :

Annexe 1 : la liste des textes en vigueur relatifs à ce dispositif

Annexe 2 : une note technique relative aux questions de secret médical

Annexe 3 : une note présentant des outils d'aide à la décision pour les médecins en charge de ces dossiers

Annexe 4 : la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH  
Annexe 5 : la lettre du DGS en date du 17 août 2009 aux directeurs DDASS et directeurs ARH relative aux personnes étrangères placées en Centre de Rétention Administrative (CRA) et souffrant de pathologies graves

L'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a modifié l'article L. 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda), relatif à la délivrance d'une carte de séjour « vie privée et familiale » à l'étranger gravement malade.

Compte tenu de l'évolution du contexte organisationnel, la présente note rappelle les procédures relatives aux étrangers malades, l'enjeu étant d'assurer une instruction rapide, harmonisée et équitable sur l'ensemble des territoires.

### **I- Rappel de la procédure**

La procédure comporte trois temps principaux :

- dans un premier temps, la personne étrangère sollicite à la préfecture la délivrance d'un titre de séjour en raison de son état de santé. Sa demande doit légalement se composer d'une série de documents listés par décret (articles R311-1 à 5, R313-20 et R313-22 du Ceseda), comportant une unique pièce médicale : un rapport médical (explicite et détaillé), sous pli confidentiel, portant la mention « secret médical », rédigé soit par un médecin agréé soit par un praticien hospitalier, à l'attention exclusive du médecin de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ou, à Paris, du médecin-chef du service médical de la préfecture de police.

- dans un deuxième temps, la situation est appréciée par le médecin de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ou, à Paris, par le médecin-chef du service médical de la préfecture de police sur les points suivants, conformément à l'article 4 de l'arrêté du 8 juillet 1999 :

- . l'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- . le défaut de celle-ci peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité ?
- . si oui, l'étranger peut-il effectivement avoir accès à un traitement approprié dans son pays d'origine ?\*
- . en l'état actuel, quelle est la durée prévisible du suivi médical à prévoir ?

*\* Deux décisions récentes du Conseil d'Etat<sup>1</sup> précisent que la notion d'accessibilité effective à la prise en charge médicale dans le pays d'origine recouvre non seulement l'existence de traitements et structures médicales nécessaires, mais aussi, pour le demandeur, l'accessibilité économique (au regard des coûts et modes de prise en charge adaptés), géographique, et concrète (éléments éventuels particuliers sur la situation personnelle à prendre en compte).*

Le médecin de l'ARS ou le médecin-chef du service médical de la préfecture de police à

<sup>1</sup> Décisions du Conseil d'Etat statuant au contentieux n° 316625 et n° 301640 du 7 avril 2010

Paris adresse au Préfet un avis signé respectant le secret médical, comportant la réponse aux quatre questions ci-dessus, sans aucune information ni sur la pathologie, ni sur les traitements, ni sur la nature des spécialités médicales concernées.

Le médecin de l'ARS formule son avis à l'aide de la fiche annexe 6 de la circulaire DPM/CT/DM2-3DGS/2000/248 du 5 mai 2000 pour répondre de manière binaire aux quatre points sus cités en y mentionnant éventuellement des observations complémentaires.

- dans un troisième temps, le préfet rend sa décision au vu de l'avis du médecin de l'ARS (ou du médecin-chef du service médical de la préfecture de police pour Paris).

Vous trouverez en annexes :

- 1 - la liste des **textes en vigueur** relatifs à ce dispositif
- 2 - une note technique relative aux **questions de secret médical**
- 3 - une note présentant des outils d'aide à la décision **pour les médecins en charge de ces dossiers**
- 4 - la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux **avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH**
- 5 - la lettre du DGS en date du 17 août 2009 aux directeurs DDASS et directeurs ARH relative aux **personnes étrangères placées en Centre de Rétention Administrative (CRA)** et souffrant de pathologies graves

## II - Enjeux

Divers dysfonctionnements ont été rapportés récemment par des travailleurs sociaux hospitaliers ou associatifs, des médecins cliniciens, ou des ARS :

- refus d'enregistrement de demande de carte de séjour vie privée et familiale en raison de l'état de santé en cas de durée du séjour en France inférieure à un an ;
- renouvellement des cartes de séjour temporaires (CST) par des autorisations provisoires de séjour (APS) successives, voire par de simples papiers de rendez-vous ;
- divulgation de diagnostics ou de pathologies transgressant le respect du secret médical ;
- difficultés de coordination, dans le cas spécifique d'étrangers placés en CRA, entre les services médicaux du centre de rétention, les médecins des ARS, les préfets (cf lettre du Directeur général de la santé en date du 17 août 2009 jointe en annexe 5) ;
- demandes d'informations ou discussions à caractère médical adressées aux médecins de l'ARS, émanant de services administratifs non médicaux.

Ces dysfonctionnements ont un impact :

- en termes de santé individuelle : en situation de clandestinité, les personnes renoncent parfois à une démarche de dépistage, de soins ou interrompent le suivi engagé<sup>2</sup> ;
- au plan de la santé publique : la rupture avec les réseaux de soins et de prévention majeure, en cas de maladies infectieuses, les risques de transmission, voire favorise l'apparition de souches virales ou bactéries résistantes ;
- en matière de surcoût sur le budget de l'Etat :
  - la multiplication des demandes d'avis médical nuit à l'optimisation des moyens humains alloués à cette fonction,

---

<sup>2</sup> Rapport 2008 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France de Médecins du Monde / Enquête VESPA ANRS (enquête nationale multicentrique descriptive de la qualité de vie des patients séropositifs), 2003 / Etude réalisée par l'Inpes : "Les populations africaines d'Ile de France face au VIH/sida - Connaissances, attitudes, croyances et comportements", 2007 / Enquête RETARD sur les personnes originaires d'Afrique subsaharienne en accès tardif aux soins pour le VIH, BEH 2006-31.

- . les personnes concernées restent sous le régime de l'Aide Médicale de l'Etat ou y reviennent (en cas de délivrance d'APS au lieu de renouvellement de CST) alors qu'un titre de séjour permet le transfert vers le régime de la CMU, voire de la sécurité sociale,
- . les personnes sont maintenues dans un état de dépendance économique (en cas de délivrance d'APS n'ouvrant pas le droit au travail en lieu et place d'une CST) alors que bon nombre de personnes vivant avec une maladie chronique grave peuvent avoir une activité professionnelle assurant leur autonomie et leur insertion.

### **III - Recommandations**

La formalisation des procédures internes de l'organisation des services médicaux de l'ARS ne peut que contribuer à faciliter l'instruction des demandes. Dans ce domaine, quelques recommandations peuvent être formulées :

- 1) identifier clairement les médecins chargés d'émettre les avis médicaux et le service de rattachement ;
- 2) reconnaître cette activité dans la fiche de poste des médecins qui en auront la charge et identifier clairement le temps consacré et les moyens humains affectés (dont le secrétariat) ;
- 3) assurer la continuité de la réponse, y compris en périodes de congés, et pour répondre aux urgences ;
- 4) harmoniser les pratiques pour permettre une cohérence des réponses en favorisant une démarche collégiale régionale ;
- 5) le cas échéant, pour certaines situations particulièrement complexes, solliciter la commission régionale prévue par les articles R. 313-23 à R. 313-32 du CESEDA (dont la saisine par le médecin de l'agence régionale de santé est facultative) ;
- 6) veiller à la coordination des différents services concernés (services médicaux des UCSA et des CRA, services préfectoraux, ...) permettant la qualité et la rapidité des interventions ;
- 7) veiller au respect de la confidentialité et de l'intégrité du secret médical sur l'ensemble de la procédure, ainsi qu'à l'indépendance des médecins dans la rédaction de leurs avis ;
- 8) veiller à la sécurisation matérielle au sein de l'ARS des dossiers relatifs aux demandes durant toute la période d'instruction.

Enfin, la rencontre régulière avec les services préfectoraux concernés est importante pour relayer la préoccupation autour des enjeux de santé, invitant à une instruction rapide et rigoureuse des dossiers de demande de titre de séjour ou de protection contre l'éloignement, concernant des étrangers atteints de pathologies graves.

Je vous remercie de me faire connaître sous le présent timbre, les éventuelles difficultés que vous rencontreriez dans l'exercice de cette mission.

Pour les ministres et par délégation

*signé*

La directrice générale adjointe de la santé  
Sophie DELAPORTE

## **Annexe 1**

### **Textes en vigueur relatifs au dispositif dit « étrangers malades »**

Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, notamment ses articles L 313-11 11° , L 511-10 °, L 521-3 5 °, R 311-1 à 311 -5, R 313-20 à R 313- 32

Code Pénal - article 130-30 relatif aux interdictions judiciaires du territoire français

Arrêté du 8 juillet 1999 relatif aux conditions d'établissement des avis médicaux concernant les étrangers malades

Circulaire NOR/INT/D/98/00108/C du 12 mai 1998 relative à l'application de la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile

Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND/99/677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative

Circulaire DPM/CT/DM2-3/DGS/2000/248 et NOR/INT/D/00/00103/C du 5 mai 2000 relative à la délivrance d'un titre de séjour en application de l'article L.313-11 11° du code de l'entrée et du séjour des étrangers en France et du droit d'asile

Circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH

Circulaire DGS/SD6A/DHOS/E2/2006/250 du 8 juin 2006 relative à la prise en charge des patients migrants/étrangers en situation de vulnérabilité infectés par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements de santé

Circulaire DGS/R12/2007/383 du 23 octobre 2007 relative à la politique nationale de prévention des infections par le VIH et les IST en direction des patients migrants/étrangers

Circulaire NOR/IMI/M/08/00081/C du 25 février 2008 relative au statut du rapport médical rédigé par le médecin agréé (ou le praticien hospitalier) à l'attention du médecin inspecteur de santé publique (ou à Paris du médecin-chef du service médical)

## Annexe 2

### Note technique relative aux questions de secret médical

Au titre de l'article L313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile - CESEDA- les médecins de l'ARS peuvent être amenés à émettre des avis relatifs à la délivrance de cartes de séjour aux étrangers dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale.

Les médecins de l'ARS ont une mission de portée générale sur le respect des règles déontologiques incluses dans le code de la santé publique par les professionnels de santé et par les acteurs privés ou publics qui interviennent dans le domaine et une obligation en tant que médecin de se conformer à ces mêmes obligations.

Aussi, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après un rappel du cadre du respect du secret médicale et des règles professionnelles.

#### 1. Le respect du secret médical

Le secret médical est une des composantes d'une entité définie comme "le secret professionnel".

Le secret médical couvre tout ce qui est parvenu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession. Il est défini par l'article L.1110-4 du CSP<sup>3</sup>.

Le secret médical est un droit du malade (intérêt privé) mais aussi un devoir de tout médecin (intérêt public). En principe, le secret médical est absolu, opposable à tous les tiers, portant sur tout ce dont le médecin a eu connaissance à l'occasion des soins.

L'étendue et le caractère absolu du secret médical sont mis en cause quand ils constituent un obstacle à la manifestation de la vérité dans certaines affaires judiciaires, qu'ils rendent

---

<sup>3</sup> Article L 1110-4 du CSP : Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de 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.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.

plus difficile l'application des lois sociales ou bien entravent la juste évaluation d'un dommage par une compagnie d'assurances.

Pour ce qui concerne les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), une décision du Conseil d'État en date du 24 janvier 2007 rappelle l'obligation de respecter le secret médical dans la rédaction de leurs avis.

## **2. Le respect des règles professionnelles**

Les règles professionnelles applicables aux médecins des ARS sont issues du code de déontologie médicale.

Les médecins des ARS sont amenés dans l'exercice de leurs fonctions à donner des avis « médicaux » dans le cadre notamment de la procédure de délivrance de carte de séjour aux étrangers dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale. Ces avis médicaux sont considérés comme des actes professionnels.

Dès lors, les médecins des ARS, lorsqu'ils sont sollicités pour donner un avis médical nécessaire à la prise d'une décision administrative, sont également soumis au code de déontologie médicale qui pose les principes suivants :

- *L'indépendance professionnelle*

L'article R4127-5 du CSP<sup>4</sup> pose le principe que le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

A fortiori, l'article R 4127-95<sup>5</sup> précise que lorsque le médecin est lié dans son exercice professionnel à une administration, son statut n'enlève rien à ses obligations et en particulier concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En toute circonstance, il ne peut accepter de limiter son indépendance dans son exercice médical vis à vis de son employeur.

Ainsi, à titre d'exemple, le médecin du travail ne se prononce pas en fonction de l'employeur, ni des syndicats mais dans l'intérêt de l'individu et de la collectivité des salariés qu'il examine.

Le médecin doit toujours agir dans le sens dicté par l'intérêt premier du patient et ne peut pas se laisser considérer comme un agent d'exécution au service d'intérêts qui deviendraient prépondérants.

- *Le secret professionnel*

Il est prévu par l'article R 4127-4 du CSP<sup>6</sup> portant code de déontologie médicale.

---

<sup>4</sup> Article R 4127-5 du CSP : Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

<sup>5</sup> Article R4127-95 du CSP : Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions. En aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

<sup>6</sup> Article R4127-4 du CSP : 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.

Le secret professionnel institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Il 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.

- *Les principes de moralité et de probité*

L'article R.4127-28 du CSP précise que la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

Cet article précise a contrario que tout certificat ou document signé par un médecin doit être parfaitement objectif et honnête.

En cas de fraude ou de déclaration mensongère, le médecin encourt les sanctions prévues par les articles 441-7 et 441-8 du code pénal.



## Annexe 3

### Outils d'aide à la décision pour les médecins en charge des dossiers

- **Le site Internet de l'Organisation Mondiale de la Santé** présente, pays par pays, les indicateurs relatifs à la santé dans les différents pays du monde :  
<http://www.who.int/gho/countries/en/index.html#N>

- **En ce qui concerne le VIH**, le rapport annuel d'ONU sida est consultable par le lien suivant :  
[http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700\\_Epi\\_Update\\_2009\\_fr.pdf](http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_fr.pdf)

Le site du GIP ESTHER "**Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau**", créé en mars 2002 à l'initiative conjointe des ministres français chargés de la santé et de la coopération, présente une vue actualisée de l'accès au suivi médical, notamment dans les 18 pays dans lesquels le GIP est présent : <http://www.esther.fr>

Par ailleurs, les recommandations diffusées dans la circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH (annexe 3) restent en vigueur malgré des progrès significatifs permis par l'élargissement de l'accès au traitement. Ceux-ci sont contrebalancés par l'accroissement ininterrompu du nombre de personnes vivant avec le VIH, par un déficit important en personnel de santé, par des problèmes majeurs d'approvisionnement (ruptures de stocks fréquentes), l'irrégularité de la distribution, les difficultés de planification des antirétroviraux de première ligne, et d'accès aux antirétroviraux de seconde ligne.

C'est pourquoi, dans l'ensemble des pays en développement, l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n'est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH.

- **En ce qui concerne les hépatites**, une fiche technique est en cours d'élaboration par le groupe de travail du suivi du plan national de lutte contre les hépatites B et C (2009-2012) piloté par la DGS et figurera sur le site Intranet du ministère. Les recommandations qui peuvent être retenues sont sensiblement similaires à celles établies pour le VIH :
  - lorsque l'évaluation clinique biologique et virologique justifie une indication thérapeutique immédiate, les difficultés évoquées ci-dessus font obstacle à l'accès effectif aux soins dans l'ensemble des pays en développement ;
  - lorsqu'il n'y a pas d'emblée d'indication thérapeutique, puisque l'histoire naturelle des infections virales B et C peut conduire à des complications graves (cirrhose, cancer primitif du foie) en l'absence de traitement, et puisque le délai de survenue de ces complications n'est pas individuellement prévisible, une surveillance régulière aux plans clinique, biologique, virologique et morphologique (échographie, méthodes non invasives d'exploration de la fibrose hépatique,...) s'impose. Les moyens nécessaires à un suivi efficace et adapté ne sont habituellement pas accessibles dans l'ensemble des pays en développement.
- L'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé (Inpes) diffuse gratuitement sur simple demande écrite par courrier (Inpes – 42 boulevard de la libération – 93203 St Denis Cedex), par télécopie (01 49 33 23 91) ou par mail ([edif@inpes.sante.fr](mailto:edif@inpes.sante.fr)) un **guide pratique destiné aux professionnels intitulé « Migrants/étrangers en situation précaire – Prise en charge médico psycho-sociale »** réalisé par le Comede avec le concours de l'Inpes et de la Direction générale de la santé. Ce guide comporte un chapitre fourni sur les droits, présentant les différentes procédures et les formulaires relatifs aux demandes de titre de séjour en raison de l'état de santé. Le guide est également téléchargeable par le lien : <http://www.comede.org/Guide-Comede-2008>

- Un **pôle ressource national, l'Espace Santé Droit**, animé par la Cimade et le Comède, subventionné par la Direction générale de la santé, peut renseigner les professionnels sur les principales questions autour du droit et de la santé pour les étrangers, notamment l'accès aux soins et à la protection maladie des étrangers, et l'application du droit au séjour pour raisons médicales  
Espace Santé Droit - 195, avenue Victor Hugo - 93 300 Aubervilliers – Tel : 01 43 52 69 55 - Fax : 01 43 52 97 24

## Annexe 4

### Circulaire DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH

#### **CIRCULAIRE N°DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre 2005 relative aux avis médicaux concernant les étrangers atteints par le VIH, émis dans le cadre de l'application de l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile**

Date d'application : immédiate

NOR : SANP0530390C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Protection sanitaire

<b>Résumé</b> : Les avis médicaux concernant les étrangers porteurs d'une infection par le VIH doivent prendre en compte les difficultés avérées dans l'ensemble des pays en développement pour l'accès effectif à la prise en charge médicale globale nécessaire : accès aux traitements VIH, au suivi biologique – notamment surveillance immunologique et virologique -, au suivi clinique...
<b>Mots-clés</b> : étrangers séropositifs VIH + - avis médicaux – difficultés d'accès aux antirétroviraux - suivi biologique – prise en charge médicale globale
<b>Textes de référence</b> : article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile
<b>Textes abrogés ou modifiés</b> : néant
<b>Annexes</b> : néant

Les réponses données aux demandes émises en application de l'article L 313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (ex article 12bis11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945) concernant les étrangers porteurs d'une infection par le VIH ont pu faire parfois l'objet d'avis discordants selon les départements, en raison de divergences d'appréciation quant à la possibilité d'accès effectif à la prise en charge médicale nécessaire dans les pays d'origine.

La situation, y compris dans les pays bénéficiant de programmes de soutien internationaux, est la suivante : seul un nombre restreint de personnes, au regard des besoins dans les pays, peuvent avoir effectivement accès aux traitements, avec des critères d'éligibilité stricts. **Dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH.**

A titre indicatif, les données récentes de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Onusida confirment que l'accès aux traitements pour le VIH couvrait en 2004 :

- 8 % des besoins estimés urgents en Afrique sub-saharienne
- 65 % des besoins estimés urgents en Amérique Latine
- 7 % des besoins estimés urgents en Afrique du Nord et Moyen Orient

En ce qui concerne les personnes séropositives asymptomatiques dont la charge virale et le taux de CD4 ne justifient pas une mise sous traitement immédiate, la situation est similaire, puisqu'une surveillance biologique (immuno virologique en particulier) régulière est nécessaire pour déterminer le moment où la mise sous traitement sera nécessaire et que les pays concernés ne disposent pas d'infrastructure pour ce suivi.

La question de l'évolution éventuelle ultérieure des possibilités d'accès effectif aux traitements sera régulièrement inscrite à l'ordre du jour des rencontres des chargés du dossier sida des DRASS et DDASS organisée par la DGS. Des éléments d'information sont par ailleurs consultables sur le site intranet du ministère. Il est également possible de se rapprocher du GIP Esther (36 rue de Charenton – 75012 Paris – Tél : 01 56 17 51 58 / 01 53 17 51 61 / 01 53 17 51 63 – Fax : 01 53 17 51 57 – Site : [www.esther.fr](http://www.esther.fr)).

L'avis concernant ces dossiers devra être émis dans les délais les plus rapides possibles afin d'éviter que des délais d'instruction trop longs ne compromettent la prise en charge globale, sociale et médicale, indispensable au suivi des personnes séropositives pour le VIH.

Pour le ministre et par délégation

*signé*

Professeur Didier HOUSSIN  
Le Directeur général de la santé

## Annexe 5

### **Lettre du DGS en date du 17 août 2009 aux directeurs DDASS et directeurs ARH relative aux personnes étrangères placées en CRA et souffrant de pathologies graves**

Objet : Personnes étrangères placées en centre de rétention administrative et souffrant de pathologies graves. Délivrance d'un titre de séjour pour raison de santé.

La direction générale de la santé a dernièrement été informée de plusieurs situations délicates concernant des personnes placées en centre de rétention administrative dans l'attente d'une reconduite à la frontière et qui souffraient de pathologies graves.

Il est important que dans ces situations, la procédure dite « étranger malade » prévue par l'article L.313-11-11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA) puisse être mise en œuvre.

Je vous rappelle que lorsque qu'un étranger est atteint d'une pathologie grave, celui-ci est protégé contre le prononcé d'une mesure d'éloignement selon les mêmes critères qu'en matière de droit au séjour pour raison médicale, à savoir si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une extrême gravité, à condition qu'il ne puisse effectivement bénéficier du traitement approprié dans le pays dont il est originaire.

Afin de permettre l'accès aux soins des personnes placées dans cette situation, vous voudrez bien vous assurer au sein de vos services de la bonne connaissance de cette procédure et d'une organisation garantissant une permanence dans le traitement de ces dossiers, notamment pour les périodes de congés. A cet égard, je vous rappelle que [la circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999](#) relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative précise les modalités de contact entre le médecin du centre de rétention administrative et le médecin inspecteur de santé publique (MISP) du département où est situé le centre de rétention. Ainsi la personne doit être vue par le médecin du CRA qui envoie son rapport aux MISP du département du CRA et non du lieu de résidence de la personne. En raison des délais impartis, ce rapport médical est transmis dans un premier temps par télécopie au médecin inspecteur de santé publique, puis sous pli confidentiel, afin que soit émis l'avis au vu duquel le préfet prendra sa décision. A la lumière des événements récents, il apparaît indispensable de s'assurer que les documents ainsi adressés sont bien réceptionnés.

Il est rappelé que les centres de rétention sont amenés à recevoir des personnes venant d'établissement pénitentiaire. Une liaison entre les équipes médicales des deux centres doit être organisée afin de faciliter l'échange d'information permettant une bonne prise en charge de ces personnes et le cas échéant permettre d'établir le rapport médical nécessaire à cette procédure. Il est primordial dans le cas où deux interlocuteurs sont saisis pour un même dossier, qu'une transmission soit réalisée afin d'éviter toute contradiction pouvant être préjudiciable à la personne.

Vous pourrez également vous référer à la [circulaire DPM/CT/DM2-3/DGS/2000/248 du 5 mai 2000](#) relative à la délivrance d'un titre de séjour en application de l'article 12 bis - 11° de l'ordonnance n° 45-2658 (du) 2 novembre 1945 modifiée relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France. Le chapitre « VI – Cas particuliers » concerne spécifiquement les étrangers placés en établissement pénitentiaire et en CRA. Pour faciliter

la communication entre les différents acteurs des modèles de fiches de liaison sont mis à disposition. Dans le cas présent il s'agit des fiches 6, 6bis, 7 et 8.

Enfin dans le cas de situation d'urgence qui font l'objet de saisine d'associations, situations dont le MISP n'a jamais été informé, il est recommandé à celui-ci de se rapprocher du service médical du centre de rétention afin que le médecin de ce centre évalue la situation et applique la procédure « étranger malade » si cela s'avère nécessaire dans les plus brefs délais.

Je vous demande de bien vouloir me transmettre les difficultés auxquelles vous pourriez être confrontés dans le cadre de l'application de cette procédure afin de trouver une solution dans un souci partagé d'accès aux soins pour les personnes étrangères malades.