

## **Le droit au séjour pour soins**

### **Questions particulières pour les personnes en traitement de substitution**

Le groupe Traitements de substitution aux opiacés (TSO) de la commission Addictions a été saisi par la Direction générale de la santé pour préciser les conditions d'appréciation de la situation des personnes étrangères en situation irrégulière bénéficiant de TSO et sollicitant un titre de séjour pour soins.

En effet, à la lumière de la gestion de situations individuelles signalées le plus souvent en urgence au niveau national, il est apparu que cette procédure était insuffisamment connue par les intervenants en addictologie. Par ailleurs, les pratiques des médecins, ARS (MARS) ou les médecins intervenant en milieu carcéral ou en centre de rétention administrative acteurs-clé dans l'instruction des dossiers, pouvaient être variables.

Ainsi, des disparités de traitement des dossiers ont pu aboutir à ce que des personnes pourtant inscrites dans des parcours de soins en France, soient renvoyées dans leur pays d'origine avec interruption de la prise en charge.

Afin d'aider les MARS dans leurs pratiques et de faciliter l'appropriation de ce dispositif par les professionnels en addictologie, le groupe a donc rassemblé les éléments utiles pour l'appréciation des situations et l'offre de soin dans les pays d'origine.

#### **Contexte et enjeux**

Le droit au séjour pour raison médicale, parfois appelé « régularisation médicale » est défini par l'article L313-11 11° du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda)<sup>1</sup>.

Ce droit permet l'accès à une carte de séjour « vie privée et familiale » avec droit au travail à une personne étrangère « dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner [pour elle] des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve de l'absence d'un traitement approprié dans le pays dont [elle] est originaire »<sup>2</sup>.

La situation régulière ainsi créée ouvre droit à la protection sociale de droit commun et de ne plus ressortir de l'aide Médicale Etat (AME).

Par ailleurs, la loi prévoit, pour ces mêmes raisons d'état de santé, la protection contre les mesures d'éloignement du territoire français (art. L511-4-10° et L521- Ceseda pour les personnes placées en centre de rétention administrative).

Chacune de ces procédures est effectuée auprès de la préfecture, ce qui peut nécessiter un accompagnement par un intervenant socio-éducatif ou associatif. Elle repose sur l'intervention d'un médecin clinicien (praticien hospitalier ou médecin agréé) qui établit sous pli confidentiel un rapport médical détaillé à l'attention du médecin de l'agence régionale de santé (MARS), ou à Paris du médecin chef du service médical de la préfecture de police. Le MARS adresse alors un avis (voir ci-dessous) respectant le secret médical comportant la réponse à quatre questions types, sans aucune information ni sur la pathologie, ni sur les traitements, ni sur la nature des spécialités médicales concernées,<sup>3</sup> au préfet

---

<sup>1</sup> Droit initialement inscrit dans la loi n°98-349 du 11 mai 1998, modifiée par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité. Régime spécifique d'admission au séjour des personnes de nationalité algérienne relevant d'un accord franco-algérien non modifié par la loi de juin 2011 : l'article 6.7° est toujours rédigé selon les termes de la loi de 1998 et fait référence au « bénéfice effectif des soins ».

<sup>2</sup> Le décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011 modifiant l'article R.313-22 du CESEDA et l'arrêté du 9 novembre 2011 relatif aux conditions d'établissement et de transmission des avis rendus par les agences régionales de santé constituent les dispositions réglementaires encadrant ce dispositif.

<sup>3</sup> Conformément à l'article 4 de l'arrêté du 9 novembre 2011 :

qui rend sa décision.

#### **Avis du médecin de l'ARS au préfet**

- l'état de santé de l'étranger nécessite-t-il une prise en charge médicale ?
- quelle est la durée prévisible de cette prise en charge médicale ?
- le défaut de cette prise en charge peut-il entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé ?
- existe-t-il, dans le pays dont l'étranger est originaire, un traitement approprié permettant d'assurer sa prise en charge ?

#### ***Rapport médical***

Conformément à l'article R313-22 du Ceseda, une unique pièce médicale accompagne la demande d'admission au séjour pour raison médicale : un rapport médical détaillé (qui peut inclure résultats d'examens complémentaires), 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.

Ce rapport médical doit préciser le diagnostic des pathologies en cours, le traitement suivi et sa durée prévisible ainsi que les perspectives d'évolution.

Les informations relatives à l'état de santé et à la prise en charge de l'étranger doivent figurer de manière détaillée dans ce rapport médical sous pli confidentiel à l'attention de l'autorité sanitaire et n'ont pas à être portées à la connaissance des autorités administratives.

Une instruction récente de la DGS<sup>4</sup> actualise les procédures relatives aux étrangers malades, l'enjeu étant d'assurer une instruction rapide, harmonisée et équitable sur l'ensemble des territoires dans le nouveau contexte législatif et organisationnel.

#### **Questions particulières pour les personnes en TSO**

La dépendance majeure aux opiacés est une pathologie chronique identifiée qui nécessite une prise en charge médicale et globale<sup>5</sup>.

Les troubles addictifs graves figurent dans la liste des pathologies qui ouvrent droit à la législation sur les affections de longue durée (ALD)<sup>6</sup>.

Les traitements de substitution aux opiacés (TSO) permettent aux personnes dépendantes aux opiacés de cesser leur consommation, de restaurer leur intégrité physique et psychique et de vivre normalement. Les TSO, en réduisant fortement les pratiques à risques protègent efficacement des dommages graves liés aux virus transmis par le sang (VIH, VHB, VHC)<sup>7</sup>. Ils permettent, pour les personnes déjà contaminées, de stabiliser leur état et de se soigner. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a classé les médicaments de substitution (MSO) comme médicaments essentiels dans l'accès aux thérapies anti virales<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> Instruction N°DGS/MC1/RI2/2011/417 du 10 novembre 2011 relative aux recommandations pour émettre les avis médicaux concernant les étrangers malades atteints de pathologies graves.

<sup>5</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO\\_court.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/TSO_court.pdf)).

<sup>6</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste\\_ald\\_troubles\\_anxieux.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/liste_ald_troubles_anxieux.pdf)

<sup>7</sup> <http://www.cns.sante.fr/spip.php?article366>

<sup>8</sup> <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/fr/index.html>

Les TSO nécessitent des prises en charge au long cours pour permettre un traitement médico-psycho-social global de la personne.

Ainsi, un traitement en cours par l'un ou l'autre des médicaments autorisés de substitution aux opiacés (Buprénorphine haut dosage ou Méthadone ) constitue une prise en charge médicale et justifie sa continuité.

Il est conseillé que le rapport médical adressé aux autorités sanitaires indique de façon précise, outre la notion de prescription médicale, des éléments de prise en charge tels que le suivi par un centre de soins et d'accompagnement en addictologie (CSAPA), par un établissement hospitalier, par un médecin de ville et le cas échéant dans un réseau addictologique.

L'arrêt brutal d'un TSO expose la personne à des conséquences d'une exceptionnelle gravité sur son état de santé<sup>9</sup>: syndrome de sevrage, danger de rechute avec reprise des consommations et risque accru de surdoses mettant en jeu le pronostic vital, exposition à des risques infectieux (VIH, VHC...). Ainsi, des risques significatifs de mortalité ont été constatés non seulement au cours des 28 premiers jours de traitement mais aussi pendant le premier mois qui suit l'arrêt du traitement. En effet, le risque de mortalité dans le premier mois après l'arrêt est 4 fois supérieur par rapport à une situation sans traitement.

Ce risque grave se retrouve lors de retours dans un pays d'origine ne permettant pas la poursuite du traitement.

La période de cessation de TSO en elle-même constitue une période à fort risque<sup>10</sup>. Ainsi, lorsqu'un sevrage (accompagnement médical à l'arrêt) est envisagé, avec l'accord du patient, il doit se pratiquer de manière très progressive.

L'organe international de contrôle des stupéfiants de l'ONU met à disposition un site internet sur la réglementation des médicaments de substitution aux opiacés dans les différents états<sup>11</sup>.

Les informations sur l'offre de soins sont par ailleurs disponibles sur le site associatif<sup>12</sup> de Harm Reduction International.

On constate en particulier que dans plusieurs pays de l'Est de l'Europe (notamment Russie) d'autres pays issus de l'ex-URSS tels la Géorgie et aussi en Algérie, les médicaments (BHD et méthadone) ne sont pas disponibles ou le sont dans des conditions ne permettant pas un traitement approprié en termes de structures, équipements et personnels.

Dans certaines situations notamment en Afrique sub-saharienne ou en Asie (Vietnam, Chine) le traitement existe mais s'accompagne de phénomènes de stigmatisation et de contrôles sociaux susceptibles d'entraver l'accès de la personne à la prise en charge (ce type de situation peut donc relever de l'appréciation d'une circonstance humanitaire exceptionnelle).

Ce paragraphe «Questions particulières pour les personnes en TSO » sera intégré dans un document « Questions-réponses » destiné aux MARS, première édition en mars 2011, en cours d'actualisation.

Ce travail a été piloté par la DGS (Dr Christine Barbier, bureau santé des populations et Dr Albert Herskowitz bureau des pratiques addictives, avec la contribution du groupe TSO présidé par le Dr William Lowenstein.

---

<sup>9</sup> Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practitioner research Database. BMJ 2010;341:c5.475

<sup>10</sup> Chapitre « situations particulières » dans [http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/b275587447c30549b123fe6c29f4c76b.pdf)

<sup>11</sup> <http://www.incb.org/incb/fr/index.html>

<sup>12</sup> <http://www.ihra.net/global-state-of-harm-reduction>

