

## 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 professionnel<sup>1</sup> (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 traversés<sup>2</sup> [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].

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 prévalence<sup>3</sup> 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

<sup>3</sup> 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 territoire<sup>4</sup> ;
  - 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.**

---

<sup>4</sup> 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 récents<sup>5</sup>, **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'OMS<sup>6</sup>, 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 distance<sup>7</sup>. 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 infections<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> 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].

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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].

<sup>8</sup> 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](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](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](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](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](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](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=AC29EA71F99845BECD580C0BFFAB06F1.tp\\_djo02v\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006198781&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150120](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=AC29EA71F99845BECD580C0BFFAB06F1.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](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](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](http://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 DEREPA 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](http://www.hcsp.fr)

---