

Lutte contre la tuberculose et la lèpre : code de la santé publique (CSP), de la sécurité sociale (CSS), du code de l'action sociale et des familles (CASF), de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA), de procédure pénale (CPP)
(<http://www.legifrance.gouv.fr> accédé le 17/01/2016)

POLITIQUE GENERALE DE LA SANTE (CSP)	8
ARTICLE L1411-1	8
LA DEFINITION DES SOINS (CSP)	9
ARTICLE L1411-11	9
DROITS DE LA PERSONNE (CSP)	9
ARTICLE L1110-1	9
ARTICLE L1110-3	9
ARTICLE L1110-4	9
ARTICLE L1110-4-1	10
ARTICLE L1111-24	10
ARTICLE L1110-13	10
ARTICLE L1111-2	11
LE HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE (CSP).....	11
ARTICLE L1411-4	11
L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (CSP) : VOIR SANTE PUBLIQUE FRANCE.....	11
ARTICLE L1413-2	11
ARTICLE L1413-3	12
ARTICLE L1413-4	12
ARTICLE L1413-5	13
LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (CSP).....	13
ARTICLE L1414-3-3.....	13
L'INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE (INPES) (CSP) : VOIR SANTE PUBLIQUE FRANCE.....	13
ARTICLE L1417-1	13
VACCINATION OBLIGATOIRE (CSP).....	14
ARTICLE L3111-1	14
ARTICLE L3112-1	14
ARTICLE R3112-1.....	14
<u>DECRET N°2007-1111 DU 17 JUILLET 2007 RELATIF A L'OBLIGATION VACCINALE PAR LE VACCIN ANTITUBERCULEUX BCG</u>	15
CIRCULAIRE N°DGS/RI1/2008/275 DU 13 AOUT 2008 RELATIVE A L'APPLICATION DE LA RECOMMANDATION DE VACCINATION PAR LE BCG DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EXPOSES AU RISQUE DE TUBERCULOSE.	15
ARTICLE R3112-2.....	16
ARTICLE R3112-3.....	16
ARTICLE R3112-4.....	16
ARTICLE R3112-5.....	17
ARRETE DU 13 JUILLET 2004 RELATIF A LA PRATIQUE DE LA VACCINATION PAR LE VACCIN ANTITUBERCULEUX BCG ET AUX TESTS TUBERCULINIQUES	17
ARTICLE L3112-3	18
ARTICLE L3116-2	18
ARTICLE L3116-4	18

LES TESTS TUBERCULINIQUES (CSP)	18
ARRETE DU 13 JUILLET 2004 RELATIF A LA PRATIQUE DE LA VACCINATION PAR LE VACCIN ANTITUBERCULEUX BCG ET AUX TESTS TUBERCULINIQUES	18
ARRETE DU 14 AVRIL 1993 RELATIF AU SUIVI MEDICAL ET AUX EXAMENS MEDICAUX DES SAPEURS- POMPIERS AUXILIAIRES.....	20
LES AGENCES REGIONALES DE SANTE (CSP)	20
ARTICLE L1431-1	20
ARTICLE L1435-12	22
ARTICLE L1431-3	22
ARTICLE L1432-1	22
ARTICLE L1432-4	23
ARTICLE L1433-1	23
LE PROJET REGIONAL DE SANTE (CSP)	24
ARTICLE L1434-1	24
ARTICLE L1434-2	24
ARTICLE L1434-3	24
ARTICLE L1434-10	24
LES PROGRAMMES REGIONAUX D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS EN FAVEUR DES PERSONNES LES PLUS DEMUNIES (PRAPS) (CSP)	25
ARTICLE D1411-27	25
SANTE PUBLIQUE FRANCE (AGENCE)	25
DECRET N° 2016-523 DU 27 AVRIL 2016 RELATIF A LA CREATION DE L'AGENCE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE	25
LES CENTRES DE LUTTE ANTITUBERCULEUSE (CSP)	42
ARTICLE L3112-2	42
ARTICLE L1423-2	42
CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE DGS/SD5A/SD5C/SD6A/ DGCL N O 2005-342 DU 18 JUILLET 2005 RELATIVE A LA MISE EN OEUVRE DE LA RECENTRALISATION DES ACTIVITES DE DEPISTAGE DU CANCER, DE VACCINATION, DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE, LA LEPRE ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ET AUX ORIENTATIONS POUR LA NEGOCIATION DES CONVENTIONS PERMETTANT L'EXERCICE DE CES ACTIVITES PAR LES DEPARTEMENTS	42
ARTICLE D3112-6.....	44
ARTICLE D3112-7.....	44
ARTICLE D3112-8.....	45
ARTICLE D3112-9.....	45
ARRETE DU 1ER DECEMBRE 2010 FIXANT LE CONTENU DU RAPPORT D'ACTIVITE ET DE PERFORMANCE EN APPLICATION DES ARTICLES D. 3111-25, D. 3112-9 ET D. 3121-41 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE ...	45
ARTICLE D3112-10.....	45
ARTICLE D3112-12.....	45
ARTICLE D3112-13.....	46
ARTICLE R3112-14.....	46
ARTICLE L5126-6.....	46
ARTICLE R3112-15.....	46
ARTICLE R5124-45.....	47
ARTICLE L3112-3.....	47
ROLES PROFESSIONNELS (CSP)	47
ARTICLE L4011-1	47
ASSISTANTS FAMILIAUX (CSP ET CASF)	48
ARTICLE L2111-2 (CSP).....	48
ARTICLE R421-3 (CASF).....	48

DECRET N° 2014-918 DU 18 AOUT 2014 RELATIF AU REFERENTIEL FIXANT LES CRITERES D'AGREMENT DES ASSISTANTS FAMILIAUX	48
ARRETE DU 19 AOUT 2013 FIXANT LE MODELE DE FORMULAIRE EN VUE DE L'AGREMENT DES ASSISTANTS MATERNELS ET LA COMPOSITION DU DOSSIER DE DEMANDE D'AGREMENT	49
ARTICLE L2112-2 (CSP).....	50
ARTICLE L2112-3 (CSP).....	50
ARTICLE R421-1 (CASF).....	50
ARTICLE R3112-2 (CSP).....	50
ARTICLE L2111-1 (CSP).....	51
LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (CASF)	51
ARTICLE L2112-1	51
ARTICLE L2112-2	51
DECLARATION OBLIGATOIRE (CSP).....	51
ARTICLE L3113-1	51
ARTICLE R3113-1.....	51
ARTICLE D3113-6.....	51
ARTICLE D3113-7.....	52
ARTICLE R3113-2.....	52
ARTICLE R3113-3.....	53
ARTICLE R3113-4.....	53
ARTICLE L1110-4	54
ARTICLE R3113-5.....	54
ARTICLE 226-13 DU CODE PENAL	54
ARTICLE L1110-13	54
SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CSP).....	54
ARTICLE R6111-12	54
ARTICLE R6111-13	54
ARTICLE R6111-14	55
ARTICLE R6111-16	55
ARTICLE L1413-14	55
ARTICLE R6111-17	55
ARTICLE L1142-5	55
CIRCULAIRE DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 DU 22 JANVIER 2004 RELATIVE AU SIGNALEMENT DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET A L'INFORMATION DES PATIENTS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE....	56
INSTRUCTION N° DGOS/ PF2 /DGS/ RI3/ 2012/75 DU 13 FEVRIER 2012 RELATIVE AU SIGNALEMENT EXTERNE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES STRUCTURES MENTIONNEES À L'ARTICLE R.6111-12 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AINSI QU' AUX MODALITES DE GESTION DES SITUATIONS SIGNALEES. .	56
LA MENACE SANITAIRE GRAVE ET LE RISQUE SANITAIRE (CSP).....	57
ARTICLE L3131-1	57
<i>NOTA : LOI 2007-294 DU 5 MARS 2007 ART. 12 I : LA PRESENTE LOI ENTRE EN VIGUEUR LE 29 AOUT 2007, JOUR SUIVANT LA DATE DE PUBLICATION DU DECRET N° 2007-1273 DU 27 AOUT 2007.</i>	57
ARTICLE L1413-15	57
ARTICLE L1435-1	57
ARTICLE L1435-2	57
FONDS D'INTERVENTION REGIONAL (CSP)	58
ARTICLE L1435-8	58
CAS DE ETABLISSEMENTS PENITENTIAIRES : CODE DE PROCEDURE PENALE (CPP).....	58
ARTICLE D384-1	58
ARTICLE D368	58
ARTICLE D366	59

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 DU 30 OCTOBRE 2012 RELATIVE A LA PUBLICATION DU GUIDE METHODOLOGIQUE SUR LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE DES PERSONNES PLACEES SOUS MAIN DE JUSTICE.....	59
INSTRUCTION N° DSS/2A/DGOS/R1/2016/9 DU 6 JANVIER 2016.....	59

DROIT A L'ENTREE EN FRANCE (CESEDA).....	63
ARTICLE L211-1.....	63
ARTICLE R211-1.....	63
ARTICLE R211-2.....	63

STATUT ETRANGER MALADE (CODE DE L'ENTREE ET DU SEJOUR DES ETRANGERS ET DU DROIT D'ASILE (CESEDA).....	63
AUTORISATION PROVISOIRE DE SEJOUR POUR SOINS EN FRANCE.....	63

DROIT AU SEJOUR EN FRANCE (CODE DE L'ENTREE ET DU SEJOUR DES ETRANGERS ET DU DROIT D'ASILE (CESEDA).....	63
ARTICLE L311-1.....	63
« 5° UNE CARTE DE RESIDENT, D'UNE DUREE DE DIX ANS OU A DUREE INDETERMINEE, DONT LES CONDITIONS DE DELIVRANCE ET DE RENOUVELLEMENT SONT PREVUES AU CHAPITRE IV DU PRESENT TITRE ;.....	64
« L'ETRANGER QUI SEJOURNE AU TITRE DE L'UN DES DOCUMENTS MENTIONNES AUX 2° ET 3° DU PRESENT ARTICLE PEUT SOLLICITER LA DELIVRANCE D'UNE CARTE DE SEJOUR PLURIANNUELLE OU D'UNE CARTE DE RESIDENT DANS LES CONDITIONS PREVUES, RESPECTIVEMENT, A L'ARTICLE L. 313-17 ET AUX ARTICLES L. 314-8 A L. 314-12, SOUS RESERVE DES EXCEPTIONS PREVUES PAR LES DISPOSITIONS LEGISLATIVES DU PRESENT CODE. ».....	64
L211-2-1.....	64
« TOUT ETRANGER SOUHAITANT ENTRER EN FRANCE EN VUE D'Y SEJOURNER POUR UNE DUREE SUPERIEURE A TROIS MOIS DOIT SOLLICITER AUPRES DES AUTORITES DIPLOMATIQUES ET CONSULAIRES FRANÇAISES UN VISA DE LONG SEJOUR. LA DUREE DE VALIDITE DE CE VISA NE PEUT ETRE SUPERIEURE A UN AN.....	64
ARTICLE L311-2.....	64
ARTICLE L311-4.....	64
ARTICLE L311-5.....	65
ARTICLE L313-6.....	65
LA CARTE DE SEJOUR TEMPORAIRE DELIVREE A L'ETRANGER QUI APPORTE LA PREUVE QU'IL PEUT VIVRE DE SES SEULES RESSOURCES ET QUI PREND L'ENGAGEMENT DE N'EXERCER EN FRANCE AUCUNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE PORTE LA MENTION "VISITEUR"......	65
ARTICLE L313-7.....	65
ARTICLE L313-10.....	66
ARTICLE L313-11.....	67
ARTICLE L313-11-1.....	69
ARTICLE L313-13.....	69
ARTICLE L313-14.....	70
ARTICLE L314-8.....	70
ARTICLE L314-8-1.....	71
ARTICLE L314-8.....	71
ARTICLE L314-8-2.....	71
ARTICLE L314-9.....	72
ARTICLE L431-1.....	72
ARTICLE L431-2.....	72
ARTICLE L411-1.....	73
ARTICLE L411-2.....	73
ARTICLE L411-5.....	73
ARTICLE L411-6.....	73
ARTICLE L411-8.....	73
ARTICLE L311-3.....	74

ARTICLE R311-1	74
ARTICLE L313-1.....	74
ARTICLE R311-2	74
ARTICLE R311-3	75
ARTICLE R411-1	75
ARTICLE R411-2	75
ARTICLE L741-1.....	75
ARTICLE R*741-1	76
ARTICLE L741-2.....	76
ARTICLE L741-3.....	76
ARTICLE L741-4.....	77
ARTICLE L742-1.....	77
ARTICLE L744-7.....	77
ARTICLE L744-9.....	78
ARTICLE L711-1.....	78
L'OFFICE FRANCAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES (CESEDA).....	78
ARTICLE L721-1.....	78
ARTICLE R721-1	78
ARTICLE L721-3.....	78
ARTICLE L311-5-1.....	78
DROIT AU SEJOUR EN FRANCE – CITOYENS DE L'UNION EUROPEENNE (CESEDA)	78
ARTICLE R121-1	78
L'OFFICE FRANÇAIS DE L'IMMIGRATION ET DE L'INTEGRATION (OFII) (CASF).....	79
ARTICLE L121-13	79
ARRETE DU 11 JANVIER 2006 RELATIF A LA VISITE MEDICALE DES ETRANGERS AUTORISES A SEJOURNER EN FRANCE.....	79
MINEURS ISOLES.....	80
ARTICLE L511-4 DU CESEDA.....	80
ARTICLE L521-4.....	80
ARTICLE 375 DU CODE CIVIL	80
ARTICLE 375-1 DU CODE CIVIL	81
ARTICLE L112-3 DU CASF	81
ARTICLE L112-4 DU CASF	81
ARTICLE L2112-2 DU CASF	81
LUTTE CONTRE LA PROPAGATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CSP).....	82
ARTICLE L3115-1	82
ARTICLE L3115-2.....	82
ARTICLE L3115-3	82
ARTICLE L3115-4.....	83
ARTICLE L3115-5	83
ARTICLE L3116-3	83
HYGIENE – DESINFECTION (CSP)	83
ARTICLE L3114-1	83
ARTICLE R3114-1.....	84
ARTICLE R3114-2.....	84
ARTICLE R3114-3.....	84
ARTICLE R3114-4.....	84
ARTICLE R3114-5.....	84
ARTICLE R3114-6.....	84
ARTICLE R3114-7.....	84
ARTICLE R3114-8.....	84

ARTICLE L3114-2	84
ARTICLE L3114-3	84
ARTICLE L3114-5	85
ARTICLE L3114-6	85
ARTICLE L3114-7	85
LES SOINS DU CORPS DECEDE.....	85
<i>Avis du HCSP relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires. 27/11/2009.....</i>	<i>85</i>
ARRETE DU 20 JUILLET 1998 FIXANT LA LISTE DES MALADIES CONTAGIEUSES PORTANT INTERDICTION DE CERTAINES OPERATIONS FUNERAIRES PREVUES PAR LE DECRET N° 76-435 DU 18 MAI 1976 MODIFIANT LE DECRET DU 31 DECEMBRE 1941.....	86
L'EDUCATION THERAPEUTIQUE (CSP).....	87
ARTICLE L1161-1	87
ARTICLE L1161-2	87
ARTICLE L1161-3	88
ARTICLE L1161-5	88
ARTICLE L1162-1	88
COUVERTURE SOCIALE (CSS)	88
ARTICLE R321-4	88
ARTICLE D324-1 (AFFECTION DE LONGUE DUREE)	89
DECRET N°2004-1050 DU 4 OCTOBRE 2004 (AFFECTION DE LONGUE DUREE)	89
ARTICLE D160-4 (AFFECTION DE LONGUE DUREE)	89
ARTICLE ANNEXE A L'ARTICLE D322-1.....	89
ARTICLE L324-1 (PROTOCOLE DE SOINS ALD)	89
ARTICLE R160-11 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	90
ARTICLE L160-14	92
ARTICLE ANNEXE I A L'ART. R434-32 (10) (ESTIMATION DES SEQUELLES)	92
ANNEXE II : BAREME INDICATIF D'INVALIDITE (MALADIES PROFESSIONNELLES).....	92
ARTICLE R161-45.....	92
ARTICLE L161-15-4 (FIN DE DROITS)	93
MALADIE PROFESSIONNELLE (CSS).....	93
ARTICLE ANNEXE II : TABLEAU N° 25.....	93
ARTICLE ANNEXE II : TABLEAU N° 40.....	93
CONGE DE LONGUE MALADIE (CSS)	93
ARTICLE R6152-39	93
ARTICLE R6152-523	93
ARTICLE R6152-620	94
ARTICLE R6153-15	94
L'ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE (CSS).....	94
ARTICLE R742-1	94
ARTICLE R742-2	94
ARTICLE R742-3	95
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CSS).....	95
ARTICLE L160-1.....	95
L'EXERCICE D'UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET LES CONDITIONS DE RESIDENCE EN FRANCE SONT APPRECIEES SELON LES REGLES PREVUES, RESPECTIVEMENT, AUX ARTICLES L. 111-2-2 ET L. 111-2-3	95
ARTICLE L160-5.....	95
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE COMPLEMENTAIRE (CSS).....	95
ARTICLE L861-1.....	95

ARTICLE L861-3.....	95
ARTICLE L162-16-7.....	96
ARTICLE R862-1	96
ARTICLE L862-1.....	96
AIDE MEDICALE D'ETAT (CSS ET CASF).....	96
ARTICLE L251-1 (CASF).....	96
ARTICLE L251-2 (CASF).....	97
ARTICLE L253-2 (CASF).....	97
ARTICLE L111-2 (CASF).....	97
ARTICLE L252-1 (CASF).....	98
ARTICLE L252-2 (CASF).....	98
ARTICLE L252-3 (CASF).....	98
ARTICLE L121-7 CASF)	98
ARTICLE L251-2 (CASF).....	98
ARTICLE L174-5 (CSS).....	99
ARTICLE L315-2 (CSS).....	99
ARTICLE L174-20 (CSS).....	99
ARTICLE L315-1 CSS).....	99
ARTICLE L253-1 (CASF).....	99
PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS (CASF)	99
ARTICLE L254-1.....	99
CIRCULAIRE DHOS/DSS/DGAS N° 2005-141 DU 16 MARS 2005 RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE DES SOINS URGENTS DELIVRES A DES ETRANGERS RESIDANT EN FRANCE DE MANIERE IRREGULIERE ET NON BENEFICIAIRES DE L'AIDE MEDICALE DE L'ETAT (ART. L. 254-1 DU CODE DE L'ACTION SOCIALE ET DES FAMILLES, ISSU DE L'ART. 97 DE LA LOI DE FINANCES RECTIFICATIVE POUR 2003 DU 30 DECEMBRE 2003)	100
LITS HALTE SANTE (CASF)	101
ARTICLE D312-176-1.....	101
LITS D'ACCUEIL MEDICALISES	103
ARTICLE D312-176-4 (CASF)	103
HEBERGEMENT D'URGENCE (CASF)	104
ARTICLE L345-2-2.....	104
LE SIGNALEMENT D'INFORMATION PREOCCUPANTE (ENFANTS EN DANGER) (CASF)	104
ARTICLE L226-3-1.....	104
ARTICLE L226-3-2.....	104
ARTICLE L226-4.....	105
ARTICLE L226-5.....	105
ARTICLE L226-6.....	105
ARTICLE L226-2-2.....	106
ARTICLE L2112-2 DU CASF	106
LES CENTRES GRATUITS D'INFORMATION, DE DEPISTAGE ET DE DIAGNOSTIC (CGIDD)	106
ARTICLE L174-16 DU CSS.....	106

Politique générale de la santé (CSP)

Article L1411-1

La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat.

Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

La politique de santé comprend :

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;

2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;

3° La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;

4° L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1 ;

5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale ;

6° La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale ;

7° La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires ;

8° La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre ;

9° La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé ;

10° L'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités ;

11° L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux.

Tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale

des associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1.

La définition des soins (CSP)

Article L1411-11

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé conformément au **schéma régional de santé** prévu à l'article L. 1434-2. Ces soins comprennent :

- 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 4° L'éducation pour la santé.

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à [l'article L. 162-5-3](#) du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Droits de la personne (CSP)

Article L1110-1

Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible.

Article L1110-3

Aucune personne ne peut faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins.

Article L1110-4

I.-Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le 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 tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.-Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.-Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article

L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV.-La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. 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, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, 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 (...)

VI.-Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L1110-4-1

Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les hébergeurs de données de santé à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24*. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article L1111-24

*Le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés bénéficie pour son financement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant de cette dotation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ce groupement peut recruter des agents titulaires de la fonction publique, de même que des agents non titulaires de la fonction publique avec lesquels il conclut des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également employer des agents contractuels de droit privé régis par le code du travail.

Ce groupement peut également attribuer, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des financements visant à favoriser le développement des systèmes d'information de santé partagés.

Article L1110-13

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en

prenant en compte leurs spécificités.

Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le parcours de soins des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

Article L1111-2

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Elle est également informée de la possibilité de recevoir, lorsque son état de santé le permet, notamment lorsqu'elle relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, les soins sous forme ambulatoire ou à domicile. Il est tenu compte de la volonté de la personne de bénéficier de l'une de ces formes de prise en charge. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.

Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.

La volonté d'une personne d'être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic doit être respectée, sauf lorsque des tiers sont exposés à un risque de transmission.

Le Haut conseil de la santé publique (CSP)

Article L1411-4

Le Haut Conseil de la santé publique a pour missions :

1° De contribuer à l'élaboration, au suivi annuel et à l'évaluation pluriannuelle de la stratégie nationale de santé ;

2° De fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;

3° De fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique ;

4° De contribuer à l'élaboration d'une politique de santé de l'enfant globale et concertée.

Il peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

L'institut de veille sanitaire (CSP) : voir Santé Publique France

Article L1413-2

Un Institut de veille sanitaire, établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, a pour missions :

1° La surveillance et l'observation permanentes de l'état de santé de la population. A ce titre, il participe au recueil et au traitement de données sur l'état de santé de la population à des

fins épidémiologiques, en s'appuyant notamment sur des correspondants publics et privés faisant partie d'un réseau national de santé publique ;

2° La veille et la vigilance sanitaires. A ce titre, l'institut est chargé :

a) De rassembler, analyser et actualiser les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution ;

b) De détecter de manière prospective les facteurs de risque susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes, de manière soudaine ou diffuse ;

c) D'étudier et de répertorier, pour chaque type de risque, les populations les plus fragiles ou menacées.

Il peut également assurer des fonctions de veille sanitaire pour l'Union européenne, des organisations internationales et des pays tiers, avec l'accord du ministre chargé de la santé ;

3° L'alerte sanitaire. L'institut informe sans délai le ministre chargé de la santé en cas de menace pour la santé de la population ou de certaines de ses composantes, quelle qu'en soit l'origine, et il lui recommande toute mesure ou action appropriée pour prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de cette menace ;

4° Une contribution à la gestion des situations de crise sanitaire. A ce titre, l'institut propose aux pouvoirs publics toute mesure ou action nécessaire.

L'institut participe, dans le cadre de ses missions, à l'action européenne et internationale de la France, et notamment à des réseaux internationaux de santé publique.

Article L1413-3

En vue de l'accomplissement de ses missions, l'Institut de veille sanitaire :

1° Effectue, dans son domaine de compétence, toutes études, recherches, actions de formation ou d'information ;

2° Met en place les systèmes d'information lui permettant d'utiliser, dans les meilleurs délais, les données scientifiques, climatiques, sanitaires, démographiques et sociales, notamment en matière de morbidité et de mortalité, qui sont nécessaires à l'exercice de ses missions ;

3° Elabore des indicateurs d'alerte qui permettent aux pouvoirs publics d'engager des actions de prévention précoce en cas de menace sanitaire et des actions de gestion des crises sanitaires déclarées ;

4° Etablit, chaque année, un rapport qui comporte, d'une part, la synthèse des données recueillies ou élaborées dans le cadre de ses missions d'observation, de veille et de vigilance sanitaires et, d'autre part, l'ensemble des propositions et des recommandations faites aux pouvoirs publics ;

5° Organise des auditions publiques sur des thèmes de santé publique ;

6° Met en œuvre, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, les maladies présumées d'origine professionnelle et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail, collectées conformément à [l'article L. 1413-4](#).

Article L1413-4

L'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les services de protection civile ou d'urgence, le service de santé des armées, les observatoires régionaux de la santé et les organismes de sécurité sociale ainsi que les services de promotion de la santé en faveur des élèves, les services universitaires ou interuniversitaires de médecine préventive et de promotion de la santé et les autres correspondants, publics et privés, du réseau national de santé publique mentionnés à l'article [L. 1413-2](#) lui transmettent les informations nécessaires à l'exercice de ses missions. Les services de santé au travail ou, pour les données personnelles de santé, les médecins du travail fournissent à l'institut les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, dans les conditions de confidentialité mentionnées à l'article L. 1413-5. Les professionnels de santé transmettent à l'institut les données individuelles nécessaires à l'exercice de ses missions dans des conditions préservant la confidentialité de ces données à l'égard des tiers.

Article L1413-5

Lorsqu'il s'avère nécessaire de prévenir ou de maîtriser des risques graves pour la santé humaine :

1° Toute personne physique et toute personne morale est tenue, à la demande de l'Institut de veille sanitaire, de lui communiquer toute information en sa possession relative à de tels risques ;

2° Tout laboratoire de biologie médicale public ou privé, ainsi que tout laboratoire agréé ou reconnu en application des articles L. 224-2-1 et L. 231-4 du code rural et de la pêche maritime, tout laboratoire désigné par arrêté en application de l'[article R. 215-18 du code de la consommation](#) ou agréé en application de l'[article R. 215-18-1](#) du même code, tout laboratoire procédant aux contrôles sanitaires ou à l'autosurveillance prévus par les titres II et III du livre III de la première partie du présent code est tenu de transmettre aux centres nationaux de référence mentionnés à l'article L. 1413-4 ou aux laboratoires désignés, les souches d'agent infectieux ou le matériel biologique de toute origine en sa possession en rapport avec de tels risques. Un arrêté du ministre chargé de la santé et, le cas échéant, des autres ministres intéressés fixe les conditions de cette transmission.

L'Institut accède, à sa demande, aux informations couvertes par le secret médical ou le secret en matière commerciale et industrielle dans des conditions préservant la confidentialité de ces données à l'égard des tiers.

La Haute autorité de santé (CSP)

Article L1414-3-3

Au titre de sa mission d'accréditation des médecins exerçant en établissements de santé, la Haute Autorité de santé est chargée :

1° De recueillir auprès des médecins ou des équipes médicales qui demandent à être accrédités les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux et de procéder à leur analyse ;

2° D'élaborer avec les professionnels et les organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;

3° De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;

4° D'organiser la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles ;

5° De veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients.

L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) (CSP) : voir Santé Publique France

Article L1417-1

Un établissement public de l'Etat dénommé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour missions :

1° De mettre en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article [L. 1411-6](#) ;

2° D'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé ;

3° D'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;

4° De participer, à la demande du ministre chargé de la santé, à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives, notamment en participant à la diffusion de messages sanitaires en situation d'urgence ;

5° D'établir les programmes de formation à l'éducation à la santé, selon des modalités

définies par décret ;

6° De s'assurer de l'accessibilité aux personnes handicapées des programmes de prévention, de promotion et d'éducation à la santé.

Cet établissement est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé et concourt à la politique de santé publique.

L'institut apporte son concours à la mise en œuvre des projets régionaux de santé mentionnés à l'article [L. 1434-1](#).

Vaccination obligatoire (CSP)

Article L3111-1

Modifié par [LOI n°2013-403 du 17 mai 2013 - art. 1 \(V\)](#)

La politique de vaccination est élaborée par le ministre chargé de la santé qui fixe les conditions d'immunisation, énonce les recommandations nécessaires et rend public le calendrier des vaccinations après avis du Haut Conseil de la santé publique.

Un décret peut, compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique et des connaissances médicales et scientifiques, suspendre, pour tout ou partie de la population, les obligations prévues aux articles L. 3111-2 à L. 3111-4 et L. 3112-1.

Dans le cadre de leurs missions, les médecins du travail, les médecins des infirmeries des établissements publics locaux d'enseignement et des services de médecine préventive et de promotion de la santé dans les établissements d'enseignement supérieur, les médecins des services de protection maternelle et infantile et des autres services de santé dépendant des conseils départementaux ou des communes participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale.

Article L3112-1

Modifié par [Loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004](#)

La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues, à des âges déterminés et en fonction du milieu de vie ou des risques que font encourir certaines activités.

Les personnes titulaires de l'autorité parentale ou qui ont la charge de la tutelle de mineurs sont tenues personnellement à l'exécution de cette obligation.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis du Haut Conseil de la santé publique.

NOTA : L'article 1er du décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 suspend cette obligation vaccinale pour certains établissements, consulter cet article.

Article R3112-1

Modifié par [Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 2 JORF 22 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006](#)

Sont soumis à la vaccination obligatoire par le vaccin antituberculeux BCG :

A.-Les enfants de moins de six ans accueillis :

1° Dans les établissements, services et centres mentionnés à l'article [L. 2324-1](#) ;

2° Dans les écoles maternelles ;

3° Chez les assistantes maternelles ;

4° Dans les pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de l'article [L. 2321-1](#) ;

5° Dans les établissements mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles.

B.-Les enfants de plus de six ans, les adolescents et les jeunes adultes qui fréquentent :

1° Les établissements d'enseignement du premier et du second degré ;

2° Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

C.-Les étudiants en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie ainsi que les étudiants

sages-femmes et les personnes qui sont inscrites dans les écoles et établissements préparant aux professions de caractère sanitaire ou social énumérées ci-après :

1° Professions de caractère sanitaire :

- a) Aides-soignants ;
- b) Ambulanciers ;
- c) Audio-prothésistes ;
- d) Auxiliaires de puériculture ;
- e) Ergothérapeutes ;
- f) Infirmiers et infirmières ;
- g) Manipulateurs d'électro-radiologie médicale ;
- h) Masseurs-kinésithérapeutes ;
- i) Orthophonistes ;
- j) Orthoptistes ;
- k) Pédicures-podologues ;
- l) Psychomotriciens ;
- m) Techniciens d'analyses biologiques ;

2° Professions de caractère social :

- a) Aides médico-psychologiques ;
- b) animateurs socio-éducatifs ;
- c) Assistants de service social ;
- d) Conseillers en économie sociale et familiale ;
- e) Educateurs de jeunes enfants ;
- f) Educateurs spécialisés ;
- g) Educateurs techniques spécialisés ;
- h) Moniteurs-éducateurs ;
- i) Techniciens de l'intervention sociale et familiale.

NOTA : L'article 1er du [décret n° 2007-1111](#) du 17 juillet 2007 suspend cette obligation vaccinale pour certaines catégories de personnes.

Décret n°2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG

Article 1

L'obligation mentionnée à l'article L. 3112-1 du code de la santé publique est suspendue pour :

A. - Les enfants de moins de six ans accueillis :

- 1° Dans les établissements, services et centres mentionnés à l'article L. 2324-1 ;
- 2° Dans les écoles maternelles ;
- 3° Chez les assistantes maternelles ;
- 4° Dans les pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de l'article L. 2321-1 ;
- 5° Dans les établissements mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

B. - Les enfants de plus de six ans, les adolescents et les jeunes adultes qui fréquentent :

- 1° Les établissements d'enseignement du premier et du second degré ;
- 2° Les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

CIRCULAIRE N°DGS/RI1/2008/275 du 13 août 2008 relative à l'application de la recommandation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents exposés au risque de tuberculose.

La suspension de l'obligation de vaccination par le BCG des enfants et adolescents avant l'entrée en collectivité, par décret du 17 juillet 2007, a été accompagnée d'une recommandation forte de vaccination des enfants les plus exposés au risque de tuberculose...

L'avis du CTV/CSHPF précise que la vaccination BCG doit être réalisée au plus tôt, si

possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie et que la recommandation s'applique jusqu'à l'âge de 15 ans.

Un suivi de l'impact de cette nouvelle politique vaccinale par le BCG a été mis en place par l'InVS à la demande de la Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports.

Ces éléments me conduisent à rappeler que pour la bonne application de cette recommandation et l'obtention d'une forte couverture vaccinale des enfants les plus exposés à la tuberculose, les services départementaux de Protection Maternelle et Infantile (PMI) sont des partenaires fondamentaux tant pour ce qui concerne la réalisation pratique de la vaccination par le BCG, que l'information sur son indication et le lien avec les groupes de population relevant de la recommandation. Je vous demande donc d'associer de façon étroite les conseils généraux de vos départements dans votre stratégie d'évaluation et d'amélioration de la couverture vaccinale, par le BCG, des enfants à risque.

Article R3112-2

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 82](#)

Sont également soumis à la vaccination obligatoire par le vaccin antituberculeux BCG :

- 1° Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements ou services mentionnés au A de [l'article R. 3112-1](#) ainsi que les assistantes maternelles ;
- 2° Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les laboratoires d'analyses de biologie médicale ;
- 3° Les personnels des établissements pénitentiaires, des services de probation et des établissements ou services de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- 4° Le personnel soignant des établissements et services énumérés ci-après ainsi que les personnes qui, au sein de ces établissements, sont susceptibles d'avoir des contacts répétés avec des malades tuberculeux :
 - a) Etablissements de santé publics et privés, y compris les établissements mentionnés à [l'article L. 6141-5](#) ;
 - b) Hôpitaux des armées et Institution nationale des invalides ;
 - c) Etablissements d'hospitalisation à domicile mentionnés à [l'article L. 6125-2](#) ;
 - d) Dispensaires ou centres de soins, centres et consultations de protection maternelle et infantile ;
 - e) Etablissements d'hébergement et services pour personnes âgées ;
 - f) Structures prenant en charge des malades porteurs du virus de l'immuno-déficience humaine ou des toxicomanes ;
 - g) Centres d'hébergement et de réinsertion sociale ;
 - h) Structures contribuant à l'accueil, même temporaire, de personnes en situation de précarité, y compris les cités de transit ou de promotion familiale ;
 - i) Foyers d'hébergement pour travailleurs migrants.
- 5° Les sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours.

Article R3112-3

Modifié par [Décret n°2006-1675 du 22 décembre 2006 - art. 1 JORF 27 décembre 2006 en vigueur le 14 mars 2007](#)

Sont dispensées de l'obligation vaccinale, les personnes mentionnées aux [articles R. 3112-1 et R. 3112-2](#) lorsqu'un certificat médical atteste que cette vaccination est contre-indiquée.

Les contre-indications à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis du Haut Conseil de la santé publique.

NOTA : Décret 2006-1675 du 22 décembre 2006 art. 5 : Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 14 mars 2007, date de l'élection du président du Haut Conseil de la santé publique.

Article R3112-4

Modifié par [Décret n°2006-1675 du 22 décembre 2006 - art. 1 JORF 27 décembre 2006 en vigueur le 14 mars 2007](#)

Sont considérées comme ayant satisfait à l'obligation de vaccination par le vaccin

antituberculeux BCG les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination. Satisfont également à cette obligation les étudiants énumérés au C de [l'article R. 3112-1](#) et les personnes mentionnées à [l'article R. 3112-2](#) qui présentent une cicatrice vaccinale. Un arrêté du ministre chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique détermine les conditions dans lesquelles la cicatrice peut être considérée comme une preuve d'une vaccination par le BCG.

NOTA : Décret 2006-1675 du 22 décembre 2006 art. 5 : Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 14 mars 2007, date de l'élection du président du Haut Conseil de la santé publique.

Article R3112-5

Modifié par [Décret n°2005-1608 du 19 décembre 2005 - art. 2 JORF 22 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006](#)

Les techniques et les modalités d'exécution de la vaccination par le BCG ainsi que les personnes habilitées à la pratiquer sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques

NOR: SANP0422512A

Version consolidée au 17 janvier 2016

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 3112-1 et R. 3112-1 à R. 3112-5 ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu les avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, du 21 juin 2002, du 15 novembre 2002 et du 14 mars 2003,

Article 1

Les contre-indications mentionnées à l'article R. 3112-3 du code de la santé publique sont les suivantes :

- contre-indications définitives : déficits immunitaires congénitaux ou acquis, notamment dus au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- contre-indications temporaires : dermatoses étendues en évolution.

Un enfant né de mère infectée par le virus de l'immunodéficience humaine présente une contre-indication au vaccin BCG aussi longtemps que la preuve de sa non-infection par le VIH n'a pas été faite.

Article 2

La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG n'a pas lieu d'être réalisée chez les personnes dont l'**intradermoréaction** à la tuberculine est positive selon les critères définis à l'article 3.

Il n'y a pas lieu de revacciner une personne ayant eu une première vaccination, même en cas d'**intradermoréaction** à la tuberculine négative.

La technique vaccinale de référence se fait par voie intradermique selon une posologie adaptée à l'âge. Toutefois, chez l'enfant jusqu'à trois ans, la vaccination par multipuncture peut être utilisée.

Conformément à l'article R. 3112-4 du code de la santé publique, les personnes pour lesquelles la cicatrice vaccinale est considérée comme une preuve de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sont les personnes nées après la suspension de l'obligation de vaccination antivariolique par la loi n° 79-520 du 2 juillet 1979 relative à la vaccination antivariolique. Ne sont pas admises à présenter cette preuve les personnes mentionnées aux articles D. 3111-19 et D. 3111-20.

Article 4

La vaccination et l'**intradermoréaction** sont réalisées par un médecin, un infirmier ou une infirmière, dans les conditions prévues par le décret du 11 février 2002 susvisé. La lecture de l'**intradermoréaction** est faite par un médecin.

Les modalités et les résultats quantitatifs des **intradermoréactions** tuberculiques, les modalités techniques de la vaccination ainsi que le numéro de lot et la date de péremption du vaccin doivent être consignés sur le carnet de santé ou, à défaut, sur un carnet de vaccination ou l'équivalent.

Article L3112-3

Modifié par [LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 49](#)

La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des [articles L. 3111-11](#) ou [L. 3112-2](#).

Les dépenses afférentes au suivi médical, au vaccin et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par [l'article L. 111-2](#) et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à [l'article L. 182-1](#) du code de la sécurité sociale.

La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à [l'article L. 161-35](#) du même code.

Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés peut négocier, pour le compte des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de [l'article L. 162-17](#) dudit code.

NOTA : Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014, article 49 II : Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2016, à l'exception de l'avant-dernier alinéa qui entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2018.

Article L3116-2

L'action publique pour la poursuite des infractions aux dispositions des [articles L. 3111-1 à L. 3111-3](#) peut être exercée tant que l'intéressé n'a pas atteint un âge fixé par décret pour chaque catégorie de vaccination.

Article L3116-4

Modifié par [Loi n°2007-293 du 5 mars 2007 - art. 37 JORF 6 mars 2007](#)

Le refus de se soumettre ou de soumettre ceux sur lesquels on exerce l'autorité parentale ou dont on assure la tutelle aux obligations de vaccination prévues aux [articles L. 3111-2, L. 3111-3](#) et [L. 3112-1](#) ou la volonté d'en entraver l'exécution sont punis de six mois d'emprisonnement et de 3 750 Euros d'amende.

Les tests tuberculiques (CSP)

Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques

NOR: SANP0422512A

Version consolidée au 17 janvier 2016

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 3112-1 et R. 3112-1 à R. 3112-5 ;

Vu le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier ;

Vu les avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, section des maladies transmissibles, du 21 juin 2002, du 15 novembre 2002 et du 14 mars 2003,

[Article 1](#)

Les contre-indications mentionnées à l'article R. 3112-3 du code de la santé publique sont les suivantes :

- contre-indications définitives : déficits immunitaires congénitaux ou acquis, notamment dus au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- contre-indications temporaires : dermatoses étendues en évolution.

Un enfant né de mère infectée par le virus de l'immunodéficience humaine présente une contre-indication au vaccin BCG aussi longtemps que la preuve de sa non-infection par le VIH n'a pas été faite.

Article 2

La vaccination par le vaccin antituberculeux BCG n'a pas lieu d'être réalisée chez les personnes dont l'**intradermoréaction** à la tuberculine est positive selon les critères définis à l'article 3.

Il n'y a pas lieu de revacciner une personne ayant eu une première vaccination, même en cas d'**intradermoréaction** à la tuberculine négative.

La technique vaccinale de référence se fait par voie intradermique selon une posologie adaptée à l'âge. Toutefois, chez l'enfant jusqu'à trois ans, la vaccination par multipuncture peut être utilisée.

Conformément à l'article R. 3112-4 du code de la santé publique, les personnes pour lesquelles la cicatrice vaccinale est considérée comme une preuve de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sont les personnes nées après la suspension de l'obligation de vaccination antivariolique par la loi n° 79-520 du 2 juillet 1979 relative à la vaccination antivariolique. Ne sont pas admises à présenter cette preuve les personnes mentionnées aux articles D. 3111-19 et D. 3111-20.

Article 3

L'**intradermoréaction** (IDR) à la tuberculine consiste en l'injection intradermique d'un volume de 0,1 ml de tuberculine PPD (dérivé protéinique purifié), soit 5 unités de tuberculine liquide. La lecture se fait quarante-huit à soixante-douze heures plus tard, par la mesure du diamètre de l'induration en millimètres. Le seuil de positivité est de 5 millimètres ; en dessous de 5 millimètres, l'**intradermoréaction** est considérée comme négative. Toute positivité de l'IDR ou toute augmentation d'au moins 10 millimètres du diamètre de l'induration par rapport à une IDR antérieure impose des investigations complémentaires à la recherche d'une tuberculose infection ou d'une tuberculose maladie.

L'IDR n'a pas lieu d'être pratiquée à titre systématique, notamment après la vaccination par le BCG.

Elle doit être pratiquée :

- 1° Pour vérifier l'absence de tuberculose infection ou de tuberculose maladie avant la primovaccination. Toutefois, les nouveau-nés sont vaccinés sans test préalable ;
- 2° Dans l'enquête autour d'un cas de tuberculose ;
- 3° Comme aide au diagnostic de la tuberculose ;
- 4° Comme test de référence dans le cadre de la surveillance des membres des professions énumérées aux articles R. 3112-1 et R. 3112-2 du code de la santé publique.

Article 4

La vaccination et l'**intradermoréaction** sont réalisées par un médecin, un infirmier ou une infirmière, dans les conditions prévues par le décret du 11 février 2002 susvisé. La lecture de l'**intradermoréaction** est faite par un médecin.

Les modalités et les résultats quantitatifs des **intradermoréactions** tuberculiques, les modalités techniques de la vaccination ainsi que le numéro de lot et la date de péremption du vaccin doivent être consignés sur le carnet de santé ou, à défaut, sur un carnet de vaccination ou l'équivalent.

Article 5

L'arrêté du 5 septembre 1996 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques est abrogé.

Article 6

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Arrêté du 14 avril 1993 relatif au suivi médical et aux examens médicaux des sapeurs-pompiers auxiliaires

Article 5

A l'issue de la visite médicale d'incorporation, les sapeurs-pompiers auxiliaires déclarés aptes à accomplir le service national doivent être soumis aux vaccinations et aux rappels réglementaires de vaccination suivants :

- vaccin anti-diphtérique, anti-tétanique, anti-poliomyélitique (D.T.P.) ;
- vaccin anti-typhoïdique ;
- vaccin anti-hépatite B.

En outre, une **intradermoréaction** est pratiquée. En cas de réaction négative, l'intéressé fait l'objet d'une vaccination par le B.C.G.

Les agences régionales de santé (CSP)

Article L1431-1

Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional :

- des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article [L. 1411-1](#) du présent code ;
- des principes de l'action sociale et médico-sociale énoncés aux articles [L. 116-1](#) et [L. 116-2](#) du code de l'action sociale et des familles ;
- des principes fondamentaux affirmés au I de l'article [L. 111-2-1](#) du code de la sécurité sociale.

Les agences régionales de santé contribuent au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Leurs compétences s'exercent sans préjudice et dans le respect de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences mentionnés aux articles [L. 1222-1](#) (EFS), [L. 1313-1](#) (Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), [L. 1413-2](#) (Cellule d'intervention en région CIRE), [L. 1418-1](#) (Agence de biomédecine) et [L. 5311-1](#) (ANSM) du présent code ainsi qu'aux [articles L. 312-8](#) (établissements sociaux et médico-sociaux) du code de l'action sociale et des familles et [L. 161-37](#) (HAS) du code de la sécurité sociale.

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé définie en application des articles L. 1411-1 et L. 1411-1-1, en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

A ce titre :

- a) Elles organisent l'observation de la santé dans la région, en s'appuyant, en tant que de besoin, sur les observatoires régionaux de la santé, ainsi que la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;
- c) Sans préjudice de l'article [L. 1435-1](#), elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article [L. 1421-4](#), en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article [L. 1434-1](#) et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;
- d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à informer et à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, en veillant à leur évaluation ;

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé et les acteurs de la promotion de la santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de prévention, de promotion de la santé, de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

A ce titre :

- a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé et des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article [L. 314-3-1](#) du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles [L. 441-1](#) et [L. 444-1](#) du même code. Elles contribuent également à évaluer et à promouvoir les actions d'accompagnement des proches aidants, les actions de formation et de soutien des bénévoles qui contribuent au maintien du lien social des personnes âgées et des personnes handicapées et les actions de modernisation de l'aide à domicile ;
- b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations mentionnées aux articles [L. 6322-1](#) à [L. 6322-3](#) ainsi que des établissements et services médico-sociaux au b de l'article [L. 313-3](#) du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; elles attribuent également les financements aux porteurs de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnés à l'article [L. 113-3](#) du même code ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles [L. 114-1-1](#) et [L. 114-3](#) du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article [L. 113-3](#) et au l de l'article [L. 14-10-5](#) du même code ;
- c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de prévention, de promotion de la santé, de soins et médico-sociale permette de satisfaire les besoins de santé de la population, elles contribuent à la constitution de communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article [L. 1434-12](#) et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article [L. 3221-2](#). A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article [L. 1434-2](#) et en évaluent l'efficacité ;
- d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;
- e) Elles veillent à la qualité des interventions en matière de prévention, de promotion de la santé, à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;
- f) Elles veillent à assurer l'accès à la prévention, à la promotion de la santé, aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
- g) Dans les conditions prévues à l'article [L. 182-2-1-1](#) du code de la sécurité sociale, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins ou le complétant. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. A ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales, sur la base des informations mentionnées à l'article [L. 6113-8](#). La personne publique désignée par l'Etat et mentionnée au premier alinéa du même article [L. 6113-8](#) en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;
- h) En relation avec les autorités compétentes de l'Etat et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la

mise en œuvre d'un volet culturel ;

i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire ;

j) Elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes, dans les conditions prévues aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 ;

k) Elles favorisent des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé ;

l) Elles participent, en lien avec les universités et les collectivités territoriales concernées, à l'analyse des besoins et de l'offre en matière de formation pour les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social ;

m) Elles s'associent avec l'ensemble des acteurs de santé, les universités, les établissements publics à caractère scientifique et technologique ou tout autre organisme de recherche pour participer à l'organisation territoriale de la recherche en santé ;

n) Dans le respect des engagements internationaux de la France et en accord avec les autorités compétentes de l'Etat, elles sont autorisées à développer des actions de coopération internationale en vue de promouvoir les échanges de bonnes pratiques avec leurs partenaires étrangers.

Article L1435-12

Les agences régionales de santé sont responsables, en lien avec l'institut et les agences mentionnés aux articles L. 1313-1, L. 1413-2, L. 1418-1 et L. 5311-1, de l'organisation et de la couverture territoriale des vigilances sanitaires. A cet effet, elles constituent un réseau régional de vigilances et d'appui, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

Article L1431-3

Un décret peut créer des agences interrégionales de santé et confier des compétences interrégionales à une ou plusieurs agences régionales de santé.

Article L1432-1

Les agences régionales de santé sont des établissements publics de l'Etat à caractère administratif. Elles sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées.

Les agences régionales de santé sont dotées d'un conseil de surveillance et dirigées par un directeur général.

Auprès de chaque agence régionale de santé sont constituées :

1° Une conférence régionale de la santé et de l'autonomie, chargée de participer par ses avis à la définition des objectifs et des actions de l'agence dans ses domaines de compétences ;

2° Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour coordonner les actions déterminées et conduites par leurs membres, respectivement :

- dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile ;

- dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux.

L'agence régionale de santé veille à ce que la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé soit prise en compte au sein de ces commissions, lesquelles rendent compte d'actions précises de lutte contre ces inégalités, notamment à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité ou de précarité sociale, dans le cadre du programme mentionné au 3° de l'article L. 1434-2 du présent code.

Les agences régionales de santé mettent en place des délégations départementales.

Article L1432-4

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie est un organisme consultatif composé de plusieurs collèges qui concourt, par ses avis, à la politique régionale de santé. Sont notamment représentés au sein de ces collèges les collectivités territoriales, les usagers et associations œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé, les conseils territoriaux de santé, les organisations représentatives des salariés et des professions indépendantes, les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel, les professionnels du système de santé, les organismes gestionnaires des établissements et services de santé et médico-sociaux, les organismes de protection sociale.

L'agence régionale de santé met à la disposition de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie des moyens de fonctionnement.

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de santé dans la région et sur les territoires. Elle émet un avis sur le projet régional de santé. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède, en lien notamment avec les conseils territoriaux de santé, à l'évaluation, d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part, de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix.

Les avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie sont rendus publics.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article.

Article L1433-1

Un conseil national de pilotage des agences régionales de santé réunit des représentants de l'Etat et de ses établissements publics, dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ainsi que des représentants des organismes nationaux d'assurance maladie membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, ou leur représentant, le président ; les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en sont membres.

Le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé donne aux agences régionales de santé les directives pour la mise en œuvre de la politique nationale de santé sur le territoire. Il veille à la cohérence des politiques qu'elles ont à mettre en œuvre en termes de santé publique, d'organisation de l'offre de soins et de prise en charge médico-sociale et de gestion du risque et il valide leurs objectifs.

Il définit le contrat type prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, régissant les modalités de mise en œuvre des plans régionaux de gestion du risque et d'efficience du système de soins.

Il valide toutes les instructions qui sont données aux agences. Il conduit l'animation du réseau des agences.

Il évalue périodiquement les résultats de l'action des agences et de leurs directeurs généraux, notamment sur la base des contrats définis à l'article L. 1433-2.

Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à [l'article L. 1435-8](#).

Le conseil national de pilotage veille à ce que la répartition entre les agences régionales de santé des financements qui leur sont attribués prenne en compte l'objectif de réduction des inégalités de santé mentionné à l'article [L. 1411-1](#).

Il définit les orientations stratégiques relatives aux actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville.

Les aides attribuées aux actions et expérimentations ainsi qu'à leur évaluation sont financées par une dotation des régimes d'assurance maladie, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Le projet régional de santé (CSP)

Article L1434-1

Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Article L1434-2

Le projet régional de santé est constitué :

1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

2° D'un schéma régional de santé, établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11.

Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ;

3° D'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

Article L1434-3

I. - Le schéma régional de santé : (...)

a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd, selon des modalités définies par décret ; (...)

5° Comporte, le cas échéant, un volet consacré à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation de la population et de formation des professionnels de santé visant à limiter d'éventuelles contaminations par des maladies vectorielles.

Article L1434-10

I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9.

Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1 et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

II. - Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la

réalisation du diagnostic territorial partagé mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des équipes de soins primaires définies à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé définies à l'article L. 1434-12. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet régional de santé, en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des parcours de santé.

Les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins en faveur des personnes les plus démunies (PRAPS) (CSP)

Article D1411-27

Le programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies est arrêté par le préfet de région ou le préfet de Corse, après consultation du comité régional prévu à [l'article L. 1411-5](#).

Le programme régional a pour objet d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

A partir d'une analyse préalable des difficultés d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité, il fixe des actions prioritaires et détermine les modalités de leur mise en œuvre au niveau régional et aux niveaux des départements de la région.

Il comporte des dispositions propres à l'évaluation de son application et de ses conditions de mise en œuvre. Il est établi pour trois ans.

Voir aussi [CIRCULAIRE N° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007](#) relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Santé publique France (Agence)

JORF n°0101 du 29 avril 2016

Décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique

Publics concernés : public, professionnels de santé, agences sanitaires, agences régionales de santé, Caisse nationale d'assurance maladie.

Objet : création de l'Agence nationale de santé publique (ANSP).

Entrée en vigueur : le décret entre en vigueur le 1er mai 2016 .

Notice : l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 a créé l'Agence nationale de santé publique, reprenant l'ensemble des missions, compétences et pouvoirs exercés par l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Le présent décret précise l'exercice des missions de l'ANSP et son organisation et ses relations avec les autres services de l'Etat concernés par sa mission.

Références : le texte est pris pour l'application de l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 a créé l'Agence nationale de santé publique. Le code de la santé publique modifié par le présent décret peut être consulté, dans sa rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

end notice

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la consommation ;

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code général des collectivités territoriales ;

Vu le code du patrimoine ;

Vu le code pénal ;

Vu le code rural et de la pêche maritime ;

Vu le code de la santé publique, notamment le chapitre III du titre Ier du livre IV de sa

première partie ;
Vu le code de la sécurité intérieure ;
Vu le code de la sécurité sociale ;
Vu le code du travail ;
Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;
Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 166 ;
Vu l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ;
Vu l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique ;
Vu le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
Vu le décret n° 92-681 modifié du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics ;
Vu le décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 modifié fixant les règles applicables aux personnels contractuels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire ;
Vu le décret n° 2004-524 du 10 juin 2004 portant attributions et organisation de l'Observatoire de la santé des vétérans ;
Vu le décret n° 2004-1290 du 26 novembre 2004 fixant le régime indemnitaire applicable aux personnels recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire ;
Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;
Vu le décret n° 2013-742 du 14 août 2013 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la biosurveillance, à la surveillance de la santé et à la nutrition dénommé « Esteban » ;
Vu le décret n° 2013-761 du 21 août 2013 portant renouvellement du groupe de travail national « amiante et fibres » ;
Vu le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire national du suicide ;
Vu le décret n° 2014-1628 du 26 décembre 2014 fixant la liste des établissements et organismes publics qui tiennent un registre des alertes en matière de santé publique et d'environnement ;
Vu le décret n° 2014-1629 du 26 décembre 2014 relatif à la composition et au fonctionnement de la Commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé publique et d'environnement ;
Vu le décret n° 2015-393 du 3 avril 2015 autorisant les traitements automatisés de données à caractère personnel et les échanges d'informations mis en œuvre par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;
Vu décret n° 2015-1418 du 4 novembre 2015 autorisant un traitement automatisé de données à caractère personnel relatif à la surveillance de la santé des travailleurs, dénommé « COSET » ;
Vu l'avis du comité technique de l'Institut de veille sanitaire en date du 12 février et du 10 mars 2016 ;
Vu l'avis du comité technique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en date du 12 février et du 10 mars 2016 ;
Vu l'avis du comité technique de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences

sanitaires en date du 12 février et du 10 mars 2016 ;

Vu l'avis du conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 1er mars 2016 ;

Vu l'avis du conseil central de la Mutualité sociale agricole en date du 4 mars 2016 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 24 février 2016 ;

Vu la saisine du conseil territorial de Saint-Pierre-et-Miquelon en date du 1er mars 2016 ;

Vu la saisine de l'assemblée territoriale de Wallis-et-Futuna en date du 4 mars 2016 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

end visas

Content

Chapitre Ier : Dispositions générales Article 1 En savoir plus sur cet article...

Le chapitre III du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé du chapitre est remplacé par l'intitulé suivant : « Veille sanitaire, urgence sanitaire et promotion de la santé » ;

2° La sous-section 1 et les paragraphes 1 à 8 de la sous-section 2 de la section 1 sont ainsi rédigés :

« Section 1

« Agence nationale de santé publique

« Sous-section 1

« Dispositions générales

« Art. R. 1413-1.-Pour l'exercice de ses missions, l'Agence nationale de santé publique :

« 1° Identifie, rassemble, analyse, actualise et diffuse les informations, données et connaissances sur l'état de santé des populations et sur les risques sanitaires les menaçant, leurs causes et leurs évolutions. Elle crée, à cet effet, des systèmes d'information lui permettant d'accéder, dans les meilleurs délais, à des données scientifiques, sanitaires, démographiques, comportementales, sociales, climatiques, environnementales, statistiques, industrielles et commerciales, notamment en matière de déterminants, de morbidité et de mortalité ;

« 2° Assure, conjointement avec l'Institut national du cancer, et dans le cadre de leurs missions respectives, le pilotage et le financement des registres des pathologies cancéreuses ;

« 3° Assure une mission de coordination de la surveillance, des études et de l'expertise en matière de lutte et de prévention contre les infections associées aux soins, notamment les infections nosocomiales, et la résistance aux antibiotiques ;

« 4° Détecte les facteurs de risques ou les menaces susceptibles de modifier ou d'altérer la santé de la population ou de certaines de ses composantes. A cette fin, elle élabore des systèmes de surveillance et d'alerte permettant aux pouvoirs publics d'intervenir, dans les meilleurs délais, en cas de menace sanitaire et de gestion des crises sanitaires ;

« 5° Etudie, pour chaque type de risque, l'état de santé des populations les plus fragiles ou menacées et contribue à l'évaluation des inégalités sociales et territoriales de santé et à la production des indicateurs de santé nécessaires à l'élaboration et à la conduite des politiques publiques de santé ;

« 6° Contribue à la préparation et à l'évaluation des projets régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1434-1 ainsi qu'à la construction de programmes ou actions de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé, notamment en faveur des populations vulnérables ;

« 7° Met en œuvre, pour le compte de l'Etat et de ses établissements publics, les programmes de santé publique prévus par l'article L. 1411-6 ;

« 8° Participe au développement de l'évaluation de l'impact sur la santé des politiques publiques, notamment par l'élaboration de méthodes et d'outils ;

« 9° Exerce une fonction d'expertise et d'appui en matière de promotion de la santé, de prévention et d'éducation pour la santé ;

« 10° Conçoit, produit, évalue et, le cas échéant, expérimente des méthodes, des stratégies et des actions de promotion de la santé, de prévention et d'éducation pour la santé, ainsi que des supports d'information et d'intervention, notamment des campagnes nationales de communication et des dispositifs de prévention par l'aide à distance. Elle veille à l'accessibilité aux personnes handicapées des programmes de promotion de la santé, de prévention et d'éducation pour la santé ;

« 11° Etablit des programmes de formation à l'éducation pour la santé ;

« 12° Contribue au développement des compétences et pratiques en santé publique des professionnels de la santé ainsi qu'au transfert de connaissances nécessaire au développement de la promotion de la santé, de la prévention, et de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire ;

« 13° Contribue à la préparation et à la gestion des situations de crise et à la mise en œuvre des plans de réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires, notamment en fournissant à l'Etat une expertise logistique et en mobilisant les moyens dont elle dispose ;

« 14° Procède à l'ensemble des opérations nécessaires au recrutement, à la formation, à la mobilisation, à l'affectation et à l'indemnisation des réservistes sanitaires ;

« 15° Exerce une fonction d'alerte sur les menaces sanitaires. Elle est chargée de l'évaluation des signaux susceptibles de révéler une menace sanitaire grave ou de portée nationale pour la santé humaine et mène, à cette fin, des investigations, le cas échéant, en lien avec les agences régionales de santé et les agences nationales de sécurité sanitaire ;

« 16° Alerté sans délai les autorités sanitaires en cas de menace pour les populations et propose aux autorités compétentes toute mesure de nature à préserver la santé publique ;

« 17° Organise des auditions publiques sur des thèmes de santé publique ;

« 18° Contribue à l'information, à la formation et à la diffusion d'une documentation scientifique et technique et au débat public ;

« 19° Soutient ou réalise des formations, des études, des recherches et des évaluations en rapport avec ses missions ou participe à de telles actions ;

« 20° Participe, dans le cadre de ses missions, à des actions et instances internationales et européennes, notamment à des réseaux internationaux de santé publique, et y représente la France, à la demande du Gouvernement.

« L'agence peut demander aux ministres concernés de faire intervenir les agents habilités à contrôler l'application des dispositions législatives et réglementaires visant à préserver la santé humaine.

« L'agence est autorisée à employer l'appellation " Santé Publique France ".

« Art. R. 1413-2.-Pour l'exercice de ses missions, l'Agence nationale de santé publique peut notamment :

« 1° Acquérir les biens meubles et immeubles nécessaires ;

« 2° Attribuer, sur son budget propre, des subventions, prêts ou avances aux personnes publiques ou privées qui réalisent des études, recherches, travaux, équipements ou ouvrages concourant à l'accomplissement de ses missions ;

« 3° Conclure des conventions ou participer à des groupements d'intérêt public avec toute personne publique ou privée, française ou étrangère ;

« 4° Se constituer en centrale d'achat, régie par les dispositions de l'article 26 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, lorsque cette modalité s'avère la solution la plus adaptée pour répondre à des situations sanitaires exceptionnelles.

« Sous-section 2

« Organisation générale

« Paragraphe 1

« Conseil d'administration

« Art. R. 1413-3.-I.-Le conseil d'administration comprend, outre son président :

« 1° Neuf membres représentant l'Etat :

« a) Deux représentants des ministres chargés de la santé et de l'action sociale ;

« b) Un représentant du ministre chargé du travail ;

« c) Un représentant du ministre chargé de la recherche ;

- « d) Un représentant du ministre chargé de l'environnement ;
- « e) Un représentant du ministre chargé de l'éducation nationale ;
- « f) Un représentant du ministre de la défense ;
- « g) Un représentant du ministre chargé du budget ;
- « h) Un représentant du ministre chargé des outre-mer ;
- « 2° Un représentant des régimes obligatoires d'assurance maladie ;
- « 3° Quatre représentants des partenaires institutionnels de l'agence :
 - « a) Un représentant des agences régionales de santé ;
 - « b) Un représentant de la Conférence nationale de santé ;
 - « c) Un représentant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
 - « d) Un représentant de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ;
- « 4° Trois professionnels de santé :
 - « a) Un membre du Collège de la médecine générale ;
 - « b) Un membre de l'Académie de médecine ;
 - « c) Un membre de la Société française de santé publique ;
- « 5° Quatre représentants d'associations :
 - « a) Un membre représentant les associations ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades agréées au niveau national, conformément aux dispositions de l'article L. 1114-1 ;
 - « b) Un membre représentant les associations de défense des consommateurs agréées au niveau national, conformément aux dispositions de l'article L. 411-1 du code de la consommation ;
 - « c) Un membre représentant les associations de protection de l'environnement agréées au niveau national, conformément aux dispositions de l'article L. 141-1 du code de l'environnement ;
 - « d) Un membre représentant les associations d'aide aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles représentées au sein du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ;
- « 6° Deux élus représentant les collectivités territoriales :
 - « a) Un élu désigné par l'Association des maires de France ;
 - « b) Un élu désigné par l'Association des départements de France ;
 - « c) Deux personnalités qualifiées choisies en raison de leurs compétences dans les domaines relevant des missions de l'agence ;
- « 7° Trois représentants du personnel de l'agence élus selon les modalités définies par le règlement intérieur de l'agence.
- « II.-La formation restreinte du conseil d'administration, prévue au II de l'article L. 1413-9, comprend, outre le président du conseil d'administration qui la préside :
 - « 1° Les représentants des ministres chargés de la santé et de l'action sociale ;
 - « 2° Le représentant du ministre de la défense ;
 - « 3° Le représentant du ministère chargé du budget ;
 - « 4° Le représentant des régimes obligatoires d'assurance maladie.
- « Art. R. 1413-4.-Le mandat des membres du conseil d'administration est de quatre ans, renouvelable une fois.
- « Le membre mentionné au 2° du I de l'article R. 1413-3 est nommé par arrêté du ministre chargé de la santé, sur la proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- « Les membres mentionnés au b, c et d du 3°, 4° et a et b du 6° du I de l'article R. 1413-3 sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé sur la proposition des organismes ou organisations qu'ils représentent.
- « Les personnalités qualifiées mentionnées au c du 6° du I de l'article R. 1413-3, les représentants d'associations mentionnés au 5° du I de l'article R. 1413-3 et le représentant des agences régionales de santé mentionné au a du 3° de l'article R. 1413-3 sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.
- « Les représentants du personnel, élus conformément au 7° de l'article R. 1413-3, sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé.
- « Pour chacun des membres du conseil d'administration, un suppléant est nommé dans les

mêmes conditions que le membre titulaire.

« Art. R. 1413-5.-Le président du conseil d'administration est nommé pour une durée de quatre ans, renouvelable une fois. Cette disposition ne fait pas obstacle à ce que le président exerce avant ou après ses fonctions un mandat d'administrateur. Les fonctions de président du conseil d'administration sont incompatibles avec celles de directeur général de l'agence.

« La limite d'âge du président est fixée à soixante-sept ans.

« Art. R. 1413-6.-En cas de vacance d'un siège du fait de l'empêchement définitif de son titulaire ou de la perte par un membre de la qualité au titre de laquelle il a été désigné, il est procédé à la désignation d'un nouveau membre dans les conditions prévues à l'article R. 1413-4. Le mandat de ce membre ainsi nommé expire en même temps que celui des autres membres du conseil d'administration. Dans ces mêmes circonstances, les représentants du personnel sont remplacés dans les conditions prévues par le règlement intérieur.

« Art. R. 1413-7.-Les fonctions de membre du conseil d'administration sont incompatibles avec la qualité de membre du conseil scientifique, de membre du comité d'éthique et de déontologie, et de membre du comité d'orientation et de dialogue.

« Les fonctions de membre du conseil d'administration sont exercées à titre gracieux.

« Les frais occasionnés par leurs déplacements et leurs séjours sont remboursés dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux personnels civils de l'Etat.

« Art. R. 1413-8.-Le conseil d'administration se réunit au moins trois fois par an sur convocation de son président ou, en cas d'empêchement du président, du directeur général si l'urgence le justifie.

« En outre, la convocation est de droit dans le mois de la demande qui en est faite par le ministre chargé de la santé ou par le tiers au moins des membres du conseil d'administration.

« En cas d'urgence, les délibérations du conseil d'administration peuvent être adoptées selon des modalités de consultation électronique ou audiovisuelle préservant la collégialité des débats selon les modalités définies par le règlement intérieur du conseil d'administration.

« Art. R. 1413-9.-L'ordre du jour est fixé par le président sur proposition du directeur général ou, en cas d'empêchement du président, par le directeur général.

« Lorsque le ministre chargé de la santé, le directeur général de l'agence ou le tiers au moins des membres du conseil d'administration demande l'inscription d'une question à l'ordre du jour, cette question est inscrite de plein droit à l'ordre du jour de la séance la plus proche. Sauf en cas d'urgence, lorsqu'elles doivent faire l'objet d'une délibération, ces questions doivent être déposées quinze jours au moins avant la date du conseil d'administration.

« Art. R. 1413-10.-Les délibérations du conseil sont adoptées à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

« Le président et les membres du conseil d'administration mentionnés aux 3°, 4°, 5°, 6° et 7° du I de l'article R. 1413-3 disposent chacun d'une voix.

« Les représentants du ministre chargé de la santé disposent chacun de dix voix, le représentant du ministre chargé du budget dispose de quatre voix, les représentants des autres ministres mentionnés au 1° du I de l'article R. 1413-3 disposent chacun de deux voix et le représentant des régimes obligatoires d'assurance maladie dispose de trois voix.

« Le conseil d'administration ne peut délibérer valablement que si la moitié au moins de ses membres en exercice, détenant au moins la moitié des voix, sont présents. Si ce quorum n'est pas atteint, le conseil est à nouveau convoqué dans un délai maximum de quinze jours. Il délibère alors valablement sur des questions inscrites au précédent ordre du jour, quel que soit le nombre d'administrateurs présents.

« En cas d'empêchement du président, le conseil d'administration désigne un président de séance.

« La voix du président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

« Lorsqu'il n'est pas suppléé, un membre du conseil d'administration peut donner un mandat à un autre membre. Nul ne peut détenir plus de deux mandats.

« Lorsque le conseil d'administration siège en formation restreinte, le président et les

représentants des ministres chargés de la santé et de l'action sociale, de la défense et du budget ainsi que le représentant des régimes obligatoires d'assurance-maladie disposent du même nombre de voix que celui dont ils disposent dans la formation plénière du conseil.

« Art. R. 1413-11.-Le directeur général de l'agence, l'agent comptable, le contrôleur budgétaire, le président du conseil scientifique, le président du comité d'éthique et de déontologie et le président du comité d'orientation et de dialogue assistent aux séances du conseil d'administration avec voix consultative.

« Le directeur général peut se faire assister de toute personne de son choix.

« Le conseil d'administration peut entendre toute personne dont il estime l'audition utile à son information.

« Art. R. 1413-12.-Le conseil d'administration fixe par ses délibérations les orientations générales de l'agence.

« Il délibère sur :

« 1° Les orientations stratégiques pluriannuelles ;

« 2° Le contrat d'objectifs et de performance conclu avec l'Etat ;

« 3° Le programme de travail et le rapport annuel d'activité ;

« 4° Le plan pluriannuel d'investissement ;

« 5° Le budget initial de l'établissement et les budgets rectificatifs, le compte financier, l'affectation des résultats, le tableau des emplois ainsi que les emprunts ;

« 6° Les contrats, marchés publics, concours et subventions, d'un montant supérieur à des seuils qu'il fixe, et ceux comportant des engagements d'une durée supérieure à une durée qu'il définit, et sous réserve des dispositions prévues au II de l'article L. 1413-9 pour ceux passés à la demande du ministre chargé de la santé en application des dispositions de l'article L. 1413-4 ;

« 7° L'organisation générale de l'agence ;

« 8° Le règlement intérieur de l'agence ;

« 9° Les conditions générales d'emploi et de recrutement du personnel et les conditions de rémunération des autres personnes qui apportent leur concours à l'agence ;

« 10° Les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et les baux et locations les concernant ;

« 11° L'acceptation des dons et legs d'un montant supérieur à un seuil qu'il détermine ;

« 12° Les redevances pour services rendus et rémunérations de toute nature dues à l'agence d'un montant supérieur à un seuil qu'il détermine ;

« 13° L'autorisation d'engager les actions en justice et de négocier et conclure les transactions ;

« 14° La participation à des groupements d'intérêt public ou à tous autres organismes, quelle que soit leur nature juridique ;

« 15° Les modalités de mise en œuvre des règles de déontologie applicables aux membres des conseils et des comités de l'agence, à ses agents, aux réservistes sanitaires et aux personnes qui apportent occasionnellement leur concours à l'agence ou à ses instances ;

« 16° Les modalités de mise en œuvre des règles de déontologie applicables aux cocontractants de l'agence ;

« 17° La liste des membres du conseil scientifique ;

« 18° La liste des membres du comité d'éthique et de déontologie ;

« 19° La liste des membres du comité d'orientation et de dialogue ;

« 20° Les règles de recevabilité des saisines de l'agence autres que celles régies par l'article R. 1413-28 ;

« 21° Les règles de détermination des indemnités dues aux réservistes sanitaires ou à leurs employeurs pour les périodes d'activité et de formation dans la réserve sanitaire.

« Il est informé chaque année de l'ensemble des contrats, marchés ou conventions conclus pendant l'année précédente, à l'exception de ceux conclus en application de délibérations de sa formation restreinte.

« Art. R. 1413-13.-Le conseil d'administration peut déléguer à son président ou au directeur général certaines de ses compétences, à l'exception des matières mentionnées aux 1°, 2°, 3°, 5°, 7°, 8°, 15°, 16°, 17°, 18°, 19° et 20° de l'article R. 1413-12, dans des limites qu'il

détermine et selon des modalités permettant qu'il lui soit rendu compte.

« Art. R. 1413-14.-Les délibérations mentionnées au 5° de l'article R. 1413-12 sont exécutoires dans les conditions prévues par le titre III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

« Les délibérations mentionnées aux 1°, 2° et 10° du même article ne sont exécutoires qu'après approbation expresse par les ministres chargés de la santé et du budget.

« Les délibérations mentionnées au 9° du même article sont transmises aux ministres chargés du budget, de la fonction publique et de la santé ; elles sont exécutoires un mois après leur transmission, sauf opposition expresse de l'un ou des ministres concernés.

« Les autres délibérations sont exécutoires quinze jours après leur transmission au ministre chargé de la santé sauf opposition expresse de ce dernier et, s'agissant des délibérations d'ordre budgétaire ou financier, quinze jours après leur transmission au ministre chargé de la santé et au ministre chargé du budget, sauf opposition expresse de l'un de ces ministres.

« Lorsque l'un des ministres mentionnés au deuxième ou au troisième alinéa du présent article demande par écrit des informations ou documents complémentaires portant sur les délibérations mentionnées au deuxième ou au troisième alinéa, le délai est suspendu jusqu'à la production de ces informations ou documents.

« En cas d'urgence, le ministre chargé de la santé peut autoriser l'exécution immédiate des délibérations mentionnées aux 6° ou 13° de l'article R. 1413-12.

« Paragraphe 2

« Directeur général

« Art. R. 1413-15.-Le directeur général est nommé pour une durée de trois ans renouvelable. La limite d'âge du directeur général est fixée à soixante-sept ans.

« Il dirige l'agence. Il accomplit tous les actes qui ne sont pas réservés au conseil d'administration en vertu des dispositions des articles R. 1413-12 et R. 1413-13.

« Il propose chaque année au conseil d'administration les orientations stratégiques de l'agence.

« Il prépare les délibérations du conseil d'administration et en assure l'exécution.

« Le directeur général communique au ministre chargé de la santé les avis et recommandations de l'agence et en assure la publicité.

« Il adresse chaque année au Premier ministre et au ministre chargé de la santé, aux présidents des deux assemblées parlementaires et du Conseil économique, social et environnemental, le rapport d'activité de l'agence et assure sa publicité.

« Il recrute, nomme et gère le personnel de l'établissement. Il a autorité sur l'ensemble des personnels de l'établissement.

« Il représente l'établissement en justice et dans tous les actes de la vie civile.

« Il passe au nom de l'établissement, ou au nom de l'Etat lorsqu'il agit en application des dispositions du onzième alinéa de l'article L. 1413-1 et de celles de l'article R. 1413-17, les contrats, marchés et conventions et les actes d'acquisition, de vente et de transaction, qui ne relèvent pas des attributions conférées au conseil d'administration par l'article R. 1413-12 et dans les limites fixées par le conseil d'administration.

« Art. R. 1413-16.-Le directeur général est ordonnateur principal des recettes et des dépenses du budget de l'agence. Il peut désigner des ordonnateurs secondaires.

« Art. R. 1413-17.-Le directeur général organise l'engagement, la formation et l'équipement des réservistes sanitaires et signe au nom de l'Etat leurs contrats d'engagement ainsi que les conventions mentionnées aux articles R. 3133-3 et L. 3134-2-1.

« Le directeur général prend, au nom de l'Etat, les décisions en matière de gestion des stocks des produits, équipements et matériels ainsi que de gestion des services mentionnés aux articles L. 1413-1 et R. 1413-1.

« Art. R. 1413-18.-Le directeur général est assisté d'au moins un directeur général adjoint qui le supplée en cas de vacance, d'absence ou d'empêchement.

« Lorsque l'agence dispose d'un ou plusieurs établissements pharmaceutiques, en application de l'article L. 1413-4, le ou les pharmaciens responsables sont membres de la direction de l'agence.

« Le directeur général peut déléguer sa signature aux personnels placés sous son autorité.

« Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs relevant des missions de l'agence mentionnées au 5° et au onzième alinéa de l'article L. 1413-1 à des agents désignés pour exercer des fonctions de responsabilité administrative ou scientifique. Ces délégations de pouvoir font l'objet d'une publication au Journal officiel de la République française.

« Paragraphe 3

« Conseil scientifique et comités d'experts

« Art. R. 1413-19.-Le conseil scientifique comprend vingt-sept membres, y compris son président, dont au moins quatre membres exerçant ou ayant exercé à l'étranger ou dans des organisations européennes ou internationales.

« Les membres sont nommés sur proposition du directeur général, pour une durée de quatre ans, renouvelable, par décision du président du conseil d'administration, après validation par le conseil d'administration de la liste des membres. Ils sont choisis parmi les personnalités scientifiques compétentes dans le domaine de compétence de l'agence et recrutés à la suite d'un appel à candidatures, après examen de leur parcours professionnel et de leurs liens d'intérêts, au sens des dispositions de l'article L. 1451-1.

« Les fonctions de membre du comité sont incompatibles avec l'appartenance à une autre instance de l'agence et avec toute relation contractuelle avec elle.

« Le président du conseil scientifique est nommé parmi ses membres par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du conseil scientifique.

« En cas de vacance d'un siège, pour quelque cause que ce soit, il est procédé à la désignation d'un nouveau membre dans les conditions prévues au deuxième alinéa du présent article pour achever le mandat de celui qu'il remplace.

« Le conseil peut s'adjoindre le concours de toute personne compétente.

« Le conseil scientifique est convoqué par son président, ou à la demande du directeur général, ou à l'initiative motivée d'au moins un tiers de ses membres, ou à la demande du conseil d'administration. Il se réunit au moins trois fois par an.

« Art. R. 1413-20.-Le conseil scientifique a pour missions de :

« 1° Donner un avis sur les orientations de recherche, d'expertise et d'études de l'agence ainsi que sur sa politique de partenariat scientifique et de programmation ;

« 2° Assister la direction de l'agence dans l'élaboration de procédures d'appels à projets ;

« 3° Valider et superviser le processus d'évaluation de l'activité scientifique de l'agence, et émettre, sur la base des résultats obtenus, des recommandations à la direction ;

« 4° Donner un avis sur la nécessité de constituer des comités d'experts.

« Il assiste l'agence dans sa mission de contribution à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques nationale et européenne de santé publique. Il peut, de sa propre initiative, formuler des observations et recommandations sur toute question scientifique et technique entrant dans le champ de compétence de l'établissement. Celles-ci sont transmises au directeur général et au président du conseil d'administration.

« Il élabore un rapport annuel relatif aux aspects scientifiques et techniques de l'activité de l'agence. Ce rapport est transmis au conseil d'administration et à la direction générale de la santé.

« Le conseil scientifique est consulté sur les dispositions du règlement intérieur de l'agence qui le concernent.

« Art. R. 1413-21.-Le directeur général crée, après avis du conseil scientifique, les comités d'experts nécessaires à la conduite des missions de l'agence et en nomme les membres.

« Les modalités de fonctionnement des comités d'experts sont fixées par le règlement intérieur de l'agence.

« Paragraphe 4

« Comité d'éthique et de déontologie

« Art. R. 1413-22.-Le comité d'éthique et de déontologie est composé de sept membres.

« Ces membres sont nommés pour une durée de quatre ans par décision du président du conseil d'administration, après validation de la liste des membres par le conseil d'administration, parmi des personnalités reconnues pour leurs connaissances et compétences en matière de déontologie et d'éthique, et après examen de leurs liens d'intérêts, au sens des dispositions de l'article L. 1451-1.

« En cas de vacance, ils sont remplacés dans les mêmes conditions pour la durée restant à courir du mandat de la personne qu'ils remplacent.

« Les fonctions de membre du comité sont incompatibles avec l'appartenance à une autre instance de l'agence et avec toute relation contractuelle avec elle.

« Art. R. 1413-23.-Le comité d'éthique et de déontologie peut être saisi dans son champ de compétence par un membre du conseil d'administration, du conseil scientifique ou d'un comité d'experts, par le déontologue de l'agence désigné en application de l'article L. 1451-4, par le directeur général de l'agence ou par un autre agent de l'agence.

« Il est notamment chargé :

« 1° D'assurer une fonction de veille permanente sur les meilleures pratiques dans le domaine de la prévention des conflits d'intérêts dans des institutions analogues, notamment à l'étranger ;

« 2° De contribuer, par ses avis et ses évaluations, à la mise en œuvre de la politique de prévention des conflits d'intérêts et des règles en vigueur en matière de conflits d'intérêts, en lien avec le déontologue de l'agence. Il est en particulier consulté par le conseil d'administration sur les modalités de mise en œuvre des règles de déontologie mentionnées aux 15° et 16° de l'article R. 1413-12 ;

« 3° D'évaluer et formuler un avis sur le dispositif mis en place pour garantir l'indépendance des agents lors de leur expression dans des manifestations publiques, en particulier lorsqu'elles sont organisées ou soutenues par des entreprises privées, des syndicats professionnels, des associations et sociétés savantes ou tout autre acteur économique ou social ;

« 4° De formuler un avis, à la demande du directeur général ou de sa propre initiative, sur toute situation particulière de nature à mettre en cause le respect des règles déontologiques applicables aux travaux de l'agence ;

« 5° De formuler des avis et recommandations, à la demande du directeur général ou du conseil scientifique sur toute question éthique posée par la mise en place de programmes et d'activités scientifiques de l'agence.

« Il élabore un rapport annuel d'activité transmis au conseil d'administration. Le comité transmet ses avis et recommandations à la personne ou à l'instance qui l'a saisi, au conseil d'administration et au directeur général de l'agence. Ses avis sont rendus publics dans le respect des règles garantissant le respect de la vie privée.

« Art. R. 1413-24.-Le comité d'éthique et de déontologie élit son président parmi ses membres. Il définit ses modalités de fonctionnement dans le respect du règlement intérieur de l'établissement et des moyens qui lui sont attribués. Il en informe le conseil d'administration et le directeur général.

« Le comité a accès à toutes les informations détenues par l'agence nécessaires à l'exercice de ses compétences.

« Le directeur général met à la disposition du comité les moyens nécessaires à son fonctionnement dans les conditions prévues par les délibérations du conseil d'administration et prend les décisions qu'il estime appropriées pour la mise en œuvre de ses avis et recommandations.

« Paragraphe 5

« Comité d'orientation et de dialogue

« Art. R. 1413-25.-Le comité d'orientation et de dialogue est composé d'au moins dix membres et d'au plus vingt membres. Le nombre de ses membres est fixé dans ces limites par le conseil d'administration.

« Ces membres sont nommés pour une durée de quatre ans, renouvelable une fois, par décision du président du conseil d'administration après approbation de la liste des membres par le conseil d'administration, parmi des personnalités reconnues pour leurs connaissances et expériences dans les domaines de compétence de l'agence, et après examen de leurs liens d'intérêts, au sens des dispositions de l'article L. 1451-1.

« En cas de vacance, ils sont remplacés dans les mêmes conditions pour la durée restant à courir du mandat de la personne qu'ils remplacent.

« Les fonctions de membre du comité sont incompatibles avec l'appartenance à une autre

instance de l'agence et avec toute relation contractuelle avec elle.

« Le comité élit son président parmi ses membres.

« Il est convoqué par son président ou à la demande du directeur général et se réunit au moins deux fois par an.

« Les modalités de fonctionnement du comité sont définies par le règlement intérieur de l'agence.

« Art. R. 1413-26.-Le comité d'orientation et de dialogue a pour missions de :

« 1° Contribuer à la qualité et à la pertinence des actions de l'agence en lui apportant sa vision des problématiques actuelles et futures de la santé publique et des questions de société qu'elles posent ;

« 2° Proposer des priorités dans les domaines d'activité de l'agence et des orientations pour son programme annuel de travail ;

« 3° Contribuer à l'amélioration des modalités de communication de l'agence, notamment en situation de crise sanitaire dans le cadre des orientations définies par le ministère chargé de la santé, et des conditions de diffusion des connaissances en santé publique auprès des différentes composantes de la population ;

« 4° Permettre à l'agence de contribuer aux débats publics sur les questions de santé publique, notamment en présentant les connaissances scientifiques disponibles, et le cas échéant, le contexte d'incertitude scientifique dans lequel les décisions sanitaires doivent être prises.

« Art. R. 1413-27.-Les membres du conseil scientifique, des comités d'experts, du comité d'éthique et de déontologie, du comité d'orientation et de dialogue, ainsi que les autres experts auxquels l'agence a recours peuvent être indemnisés pour leur participation aux réunions de ces instances ainsi que pour l'ensemble des travaux, rapports et études réalisés pour l'agence, dans des conditions fixées par le conseil d'administration. En outre, ils ont droit aux indemnités pour frais de déplacement et de séjour dans les conditions prévues pour les personnels civils de l'Etat.

« Paragraphe 6

« Saisines de l'agence par les organismes représentés à son conseil d'administration

« Art. R. 1413-28.-La saisine de l'agence, effectuée par les organismes représentés au conseil d'administration en application du premier alinéa de l'article L. 1413-5, doit être adressée par le dirigeant de l'organisme, ou par son représentant expressément désigné par voie de procuration, au directeur général de l'agence. Elle doit être dûment motivée et, le cas échéant, accompagnée de toutes pièces justificatives. En cas de saisine conjointe par plusieurs organismes, il est possible d'adresser une saisine unique contresignée par les différents pétitionnaires.

« Le directeur général accuse réception de cette saisine et en adresse copie aux ministères concernés.

« Il décide, conformément à la procédure adoptée par le conseil d'administration, de la suite à donner, en tenant compte notamment des moyens et des priorités de l'agence. Il en rend compte au conseil d'administration et en informe le demandeur, en précisant, le cas échéant, les délais nécessaires pour son examen.

« L'avis émis par l'agence est adressé à l'auteur de la saisine. Il est communiqué au ministre chargé de la santé ainsi qu'aux autres ministres concernés et rendu public.

« Paragraphe 7

« Organisation financière et comptable

« Art. R. 1413-29.-L'agence est soumise aux dispositions des titres Ier et III du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

« Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 1413-12 est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

« Art. R. 1413-30.-Des agents comptables secondaires peuvent être désignés par le directeur général de l'agence après avis de l'agent comptable et avec l'agrément du ministre chargé du budget.

« Art. R. 1413-31.-L'agence peut, avec l'autorisation des ministres chargés de la santé et du

budget, recourir à l'emprunt.

« Art. R. 1413-32.-Des régies de recettes et d'avances peuvent être instituées conformément aux dispositions du décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics.

« Paragraphe 8

« Personnel

« Art. R. 1413-33.-Les agents de droit public de l'agence sont soumis aux dispositions du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels de l'Etat pris pour l'application de l'article 7 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, sous réserve des dispositions du décret 2003-224 du 7 mars 2003 fixant les règles applicables aux personnes contractuels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique ou de la sécurité sanitaire.

« Les modalités particulières de mise en œuvre du décret du 7 mars 2003 font, en tant que de besoin, l'objet d'une délibération du conseil d'administration. » ;

3° A la sous-section 2 de la section 1, il est inséré un paragraphe 9 intitulé « Communication à l'agence d'informations couvertes par le secret médical ou industriel » et comprenant les articles R. 1413-34 à R. 1413-41, tels qu'ils résultent des a et b du présent 3° ;

a) Les articles R. 1413-21, R. 1413-22, R. 1413-23, R. 1413-24, R. 1413-24-1, R. 1413-24-2, R. 1413-24-3 et R. 1413-25 deviennent respectivement les articles R. 1413-34, R. 1413-35, R. 1413-36, R. 1413-37, R. 1413-38, R. 1413-39, R. 1413-40 et R. 1413-41 ;

b) Les articles R. 1413-34, R. 1413-35, R. 1413-36, R. 1413-37, R. 1413-38, R. 1413-39, R. 1413-40 et R. 1413-41 sont ainsi modifiés :

i) A l'article R. 1413-34, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » et les mots : « l'article L. 1413-5 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 1413-8 » ;

ii) A l'article R. 1413-35, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » et les mots : « chapitre III » sont remplacés par les mots : « chapitre IV » ;

iii) A l'article R. 1413-36, les mots : « l'article R. 1413-21 » sont remplacés par les mots : « l'article R. 1413-34 », les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » et les mots : « la loi n° 79-19 du 3 janvier 1979 » sont remplacés par les mots : « le code du patrimoine » ;

iv) A l'article R. 1413-37, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique », les mots : « l'institut transmet » sont remplacés par les mots : « l'agence transmet », les mots : « 3° de l'article L. 1413-2 » sont remplacés par les mots : « 6° de l'article L. 1413-1 », les mots : « à ce même 3° » sont remplacés par les mots : « au ministre chargé de la santé » et les mots : « l'article R. 1413-22 » sont remplacés par les mots : « l'article R. 1413-35 » ;

v) A l'article R. 1413-38, les mots : « l'Institut de veille sanitaire pour l'exercice de ses missions » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de santé publique pour l'exercice des missions mentionnées aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 1413-1 », les mots : « à l'article L. 1413-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1413-6 et L. 1413-7 », les mots : « L'institut informe » sont remplacés par les mots : « L'agence informe » et les mots : « l'institut habilitées » sont remplacés par les mots : « l'agence habilitées » ;

vi) A l'article R. 1413-39, les mots : « à l'article L. 1413-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1413-6 et L. 1413-7 » et les mots : « du troisième alinéa de l'article R. 1413-21, des deuxième et troisième alinéas de l'article R. 1413-22 et de l'article R. 1413-23 » sont remplacés par les mots : « des articles R. 1413-34 à R. 1413-36 » ;

vii) A l'article R. 1413-40, les mots : « à l'article L. 1413-4 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1413-6, L. 1413-7 et L. 1413-8 », les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique », les mots : « le 1° de l'article L. 1413-2 » sont remplacés par les mots : « le 1° de l'article L. 1413-3 », les mots : « directeur général de l'institut » sont remplacés par les mots : « directeur général de l'agence » et les mots : « aux articles R. 1413-24-1 et R. 1413-24-2 » sont remplacés par les mots : «

aux article R. 1413-38 et R. 1413-39 » ;

viii) A l'article R. 1413-41, le mot : « institut » est remplacé par le mot : « agence » et les mots : « Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels » sont remplacés par les mots : « conseil d'orientation sur les conditions de travail » ;

4° Les paragraphes 10 et 11 de la sous-section 2 et la sous-section 3 de la section 1 du chapitre sont ainsi rédigés :

« Paragraphe 10

« Liens avec les entreprises

« Art. R. 1413-42.-Les dispositions de l'article R. 4113-110 sont applicables, lorsqu'ils n'appartiennent pas aux professions de santé, aux membres des conseils et comités siégeant auprès de l'agence ainsi qu'aux personnes collaborant occasionnellement à leurs travaux.

« Paragraphe 11

« Dispositions pénales

« Art. R. 1413-43.-Est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la 5e classe le fait de ne pas communiquer les informations demandées par l'Agence nationale de santé publique dans les conditions prévues aux articles R. 1413-34 et R. 1413-35.

« Sous-section 3

« Relations de l'agence avec les directeurs généraux des agences régionales de santé

« Art. R. 1413-44.-Pour assurer l'exercice de ses missions et compétences prévues aux articles L. 1413-1, L. 1413-2 et L. 1413-3, le directeur général de l'agence conclut avec chaque directeur général d'agence régionale de santé une convention, conforme à une convention type fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui précise notamment les modalités :

« 1° D'adoption du programme de travail annuel des cellules d'interventions en région mentionnées à l'article L. 1413-2 et de mise à disposition des moyens de fonctionnement de ces cellules, ainsi que les modalités de remboursement de leur coût à l'agence régionale de santé ;

« 2° Dans lesquelles le directeur général de l'agence régionale de santé émet un avis sur les activités et le fonctionnement de la cellule d'intervention en région ;

« 3° D'accès aux données détenues par l'agence régionale de santé, nécessaires à l'exercice de ses missions mentionnées aux 1°, 2° et 6° de l'article L. 1413-1 ;

« 4° D'information de l'agence régionale de santé en cas d'auto saisine de l'Agence nationale de santé publique d'une problématique régionale de santé publique, notamment afin de mener une évaluation ou des investigations complémentaires ;

« 5° De définition des critères de saisine de l'Agence nationale de santé publique par l'agence régionale de santé, pour mener une évaluation et une investigation et des conditions dans lesquelles l'agence régionale de santé est destinataire des résultats ;

« 6° De mise à disposition des productions de données régionalisées de surveillance ;

« 7° De mise à disposition du public d'études produites par l'agence intéressant l'agence régionale de santé ;

« 8° De mise à disposition de l'agence régionale de santé d'une expertise en prévention et promotion de la santé ou en logistique ;

« 9° De mise en œuvre de projets de recherche interventionnelle ou de conduite de projets d'évaluation d'impacts sur la santé, en lien avec l'agence régionale de santé ;

« 10° De contribution des agences régionales de santé au développement de la réserve sanitaire ;

« 11° De remboursement par les agences régionales de santé du coût des interventions de la réserve sanitaire réalisées en application des articles L. 3134-1 et L. 3134-2 et d'information sur la mobilisation des réservistes de la région concernée ;

« 12° D'appui à la gestion des stocks de produits et matériels détenus par les établissements de santé et susceptibles de contribuer à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves. » Article 2 En savoir plus sur cet article...

I.-Il est créé au titre II du livre V de la première partie du code de la santé publique, un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Administration générale de la santé

« Art. R. 1524-1.-Le chapitre III du titre Ier du livre IV de la présente partie est applicable dans le territoire des îles Wallis et Futuna, dans sa rédaction résultant du décret n° 2016-523 du 27 avril 2016, sous réserve des adaptations prévues au présent chapitre.

« Art. R. 1524-2.-Pour assurer l'exercice des missions de l'Agence nationale de santé publique dans le territoire des îles Wallis et Futuna, le directeur général de l'agence conclut avec le directeur de l'agence de santé de Wallis-et-Futuna une convention, précisant notamment les modalités d'intervention de l'agence prévues à l'article R. 1413-44. »

II.-Le titre II du livre VIII de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre unique est ainsi modifié :

a) Ce chapitre devient le chapitre Ier et est intitulé : « Lutte contre les épidémies et certaines maladies transmissibles » ;

b) A l'article R. 3821-3, les mots : « ainsi que celles de la section 3 du chapitre VI » sont supprimés ;

c) Il est complété par un article R. 3821-13 ainsi rédigé :

« Art. R. 3821-13.-Les chapitres II, III et IV du titre III du livre Ier de la présente partie, dans leur rédaction résultant du décret n° 2016-523 du 27 avril 2016, sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna. » ;

2° Il est créé un chapitre II intitulé : « Lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme » comprenant l'article D. 3821-1 renuméroté D. 3822-1 ;

3° Il est créé un chapitre VI intitulé : « Dispositions pénales » comprenant l'article R. 3821-2 renuméroté R. 3826-2 et dans lequel est inséré un article R. 3826-1 ainsi rédigé :

« Art. R. 3826-1.-Les articles R. 3116-16 et R. 3116-17 sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna. »

III.-Le chapitre III du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un article R. 1413-45 ainsi rédigé :

« Art. R. 1413-45.-Pour assurer l'exercice des missions de l'Agence nationale de santé publique à Saint-Pierre-et-Miquelon, le directeur général de l'agence signe avec le préfet de Saint-Pierre-et-Miquelon une convention précisant notamment les modalités d'intervention de l'agence prévues à l'article R. 1413-44. »

Chapitre II : Dispositions diverses et transitoires Article 3 En savoir plus sur cet article...

Un arrêté conjoint des ministres en charge de la santé, de la fonction publique et du budget fixe le régime indemnitaire applicable aux agents soumis aux sujétions particulières qu'imposent les dispositifs de prévention par l'aide à distance relevant de l'Agence nationale de santé publique. Les agents qui bénéficient de ce régime indemnitaire ne peuvent percevoir les primes et indemnités de même nature prévues par d'autres dispositions, notamment par celles instituées par le décret n° 2004-1290 du 26 novembre 2004 fixant le régime indemnitaire applicable aux personnels recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire. Article 4 En savoir plus sur cet article...

I.-Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre VII du titre Ier du livre IV de la première partie du code de la santé publique est abrogé ;

2° Le chapitre V du titre III du livre Ier de la troisième partie du code de la santé publique est abrogé ;

3° Aux articles D. 1142-64, R. 1221-24, R. 1221-25, R. 1221-36, R. 1221-39, R. 1313-3, R. 1313-24, R. 1323-2, R. 1323-4, D. 2142-45, R. 3113-2, R. 3113-3 et D. 3121-25, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;

4° A l'article R. 1341-8, les mots « aux articles L. 1413-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1413-1 » ;

5° A l'article D. 1411-38, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique et les mots : «-le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ou son représentant » sont supprimés ;

6° L'article R. 1419-1 est abrogé ;
7° A l'article L 1451-1, les mots : « mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1313-1, L. 1413-2, L. 1415-2, L. 1417-1, L. 1418-1, L. 1431-1, L. 3135-1 et L. 5311-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux articles L. 1222-1, L. 1313-1, L. 1413-1, L. 1415-2, L. 1418-1, L. 1431-1 et L. 5311-1 du présent code » ;
8° Aux articles R. 6113-39, R. 6113-46, R. 6113-46-1, les mots : « à l'article R. 1413-8 » sont remplacés par les mots : « à l'article R. 1413-7 » ;
9° A l'article R. 6123-32-10, les mots : « Institut de veille sanitaire mentionné à l'article L. 1413-2 » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;
10° Aux articles R. 2133-1, R. 2133-3, D. 3232-2, D. 3232-3, D. 3232-5, D. 3232-6, les mots : « Institut national de prévention et d'éducation pour la santé » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;
11° A l'article D. 3232-4, les mots : « Institut national de prévention et d'éducation pour la santé » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » et les mots : « approuvée par l'INPES » sont remplacés par les mots : « approuvée par l'ANSP » ;
12° Aux articles R. 3132-2, R. 3132-3, R. 3132-5, R. 3132-8, R. 3133-1, R. 3133-3, R. 3133-4, R. 3133-6, R. 3134-2, R. 3134-3, R. 3134-3-1, R. 3134-3-3, R. 5124-24, R. 5124-34, D. 6311-18, R. 6311-31, R. 6311-32, les mots : « Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;
13° A l'article R. 5124-45, les mots : « Etablissement de préparation et de réponse aux situations d'urgence sanitaires » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;
14° Aux articles R. 3131-8-1 et R. 5124-2, les mots : « établissement public mentionné à l'article L. 3135-1 » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;
15° A l'article R. 5124-1, la référence à l'article L. 3135-1 est remplacée par la référence à l'article L. 1413-1.

II.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article D. 178-1, les mots : « institut mentionné à l'article L. 1417-1 » sont remplacés par les mots : « agence mentionnée à l'article L. 1413-1 » et les mots : « h L'établissement mentionné à l'article L. 3135-1 » sont supprimés ;
2° A l'article R. 441-17, les mots : « l'établissement » mentionné à l'article L. 3135-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de santé publique ».

III.-Le code de l'action sociale est des familles est ainsi modifié :

1° A l'article D. 114-5, les mots : « Institut national de prévention et d'éducation pour la santé » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;
2° A l'article D. 247-5, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique ».

IV.-1° A l'article R. 2213-1-3 du code général des collectivités territoriales, les mots : « de l'Institut de veille sanitaire nommément désignés par le directeur » sont remplacés par les mots : « de l'Agence nationale de santé publique nommément désignés par le directeur général » ;

2° Aux articles D. 221-17 et D. 523-5 du code de l'environnement, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;

3° Aux articles R. 751-18-1 et R. 751-131-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « l'établissement mentionné à l'article L. 3135-1 » sont remplacés par les mots : « l'agence mentionnée à l'article L. 1413-1 » ;

4° A l'article D. 711-2 du code de la sécurité intérieure, le c du 5° remplacé par les dispositions suivantes : « c) Deux représentants de l'Agence nationale de santé publique » et le j du même 5° est supprimé ;

5° A l'article D. 4641-5 du code du travail, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique ».

V.-Le décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 fixant les règles applicables aux personnels contractuels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le

domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire est ainsi modifié :

1° A l'article 1er, le 6° est remplacé par les dispositions suivantes : « 1° L'Agence nationale de santé publique » et les 7° et 9° sont supprimés ;

2° A l'article 3, les références : « R. 1413-4, R. 1417-13 » sont remplacés par la référence : « R. 1413-14 ».

VI.-1° Aux articles 7 et 8 du décret n° 2004-524 du 10 juin 2004 portant attributions et organisation de l'Observatoire de la santé des vétérans, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;

2° Aux articles 1er, 3,4,5,6,8 et 9 du décret n° 2013-742 du 14 août 2013 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la biosurveillance, à la surveillance de la santé et à la nutrition dénommé « Esteban », les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;

3° A l'article 2 du décret n° 2013-761 du 21 août 2013 portant renouvellement du groupe de travail national « amiante et fibres », les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;

4° A l'article 2 du décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire national du suicide, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » et les mots : «-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé » sont supprimés ;

5° A l'annexe du décret n° 2014-1628 du 26 décembre 2014 fixant la liste des établissements et organismes publics qui tiennent un registre des alertes en matière de santé publique et d'environnement, les mots : « Institut de veille sanitaire (InVS) » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique (ANSP) » ;

6° A l'article 1er du décret n° 2014-1629 du 26 décembre 2014 relatif à la composition et au fonctionnement de la Commission nationale de la déontologie et des alertes en matière de santé publique et d'environnement, les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;

7° A l'article 3 du décret n° 2015-393 du 3 avril 2015 autorisant les traitements automatisés de données à caractère personnel et les échanges d'informations mis en œuvre par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les mots : « Institut de veille sanitaire (InVS) » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique » ;

8° Aux articles 1er, 2,3,4,5,6,7,8,9 et 10 du décret n° 2015-1418 du 4 novembre 2015 autorisant un traitement automatisé de données à caractère personnel relatif à la surveillance de la santé des travailleurs, dénommé « COSET », les mots : « Institut de veille sanitaire » sont remplacés par les mots : « Agence nationale de santé publique ». Article 5 En savoir plus sur cet article...

I. - Le présent décret entre en vigueur le 1er mai 2016.

II. - Le budget provisoire de l'Agence nationale de santé publique, établi sur le fondement du VIII de l'article 5 de l'ordonnance n° 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, entre en vigueur le 1er mai 2016 et reste exécutoire jusqu'à l'adoption du premier budget rectificatif par le conseil d'administration.

Jusqu'à la nomination du contrôleur budgétaire auprès de l'établissement, ses fonctions sont exercées par le contrôleur budgétaire précédemment nommé pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

III. - A compter du 1er mai 2016 :

1° Poursuivent leur activité au sein de l'Agence nationale de santé publique, dans la même situation administrative que celle dans laquelle ils étaient placés antérieurement, les praticiens hospitaliers exerçant, au 30 avril 2016, leurs fonctions dans l'un des établissements auxquels elle se substitue ;

2° De nouveaux contrats sont proposés, conformément à l'article 14 ter de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, à l'occasion du transfert à l'Agence nationale de santé publique des missions et activités du groupement d'intérêt public « Addictions drogues alcool info service » (ADALIS), aux agents de droit

public qui exerçaient leurs fonctions, jusqu'à sa dissolution, au sein du groupement d'intérêt public. En cas d'accord, les intéressés sont, par dérogation à l'article 29 du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 modifié fixant les règles applicables aux personnels contractuels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique et de la sécurité sanitaire, classés au sein de leur catégorie d'emplois à l'échelon correspondant à l'indice égal ou, à défaut, immédiatement supérieur au salaire mensuel majoré du coefficient d'ancienneté qu'ils percevaient au sein du groupement d'intérêt public.

IV. - L'élection des représentants du personnel au conseil d'administration de l'établissement a lieu, au plus tard, le 31 décembre 2016, selon les modalités prévues par le règlement intérieur de l'établissement.

Pour la période allant de l'entrée en vigueur du présent décret, à l'élection des représentants du personnel au conseil d'administration, un représentant du personnel est nommé par le directeur général de la santé parmi les membres titulaires élus siégeant dans chacun des conseils d'administrations des trois établissements.

Les trois représentants du personnel au conseil d'administration siègent dès leur élection, leur mandat prenant fin en même temps que celui des autres membres du conseil d'administration.

V. - Pour la période allant de l'entrée en vigueur de ce décret à l'élection des représentants du personnel au sein des nouvelles instances représentatives, le dialogue social est organisé dans les conditions suivantes :

a) Les membres des comités techniques, des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, et des commissions consultatives paritaires, de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé et de l'Etablissement de préparation et réponses aux urgences sanitaires poursuivent leur mandat jusqu'aux prochaines élections professionnelles de l'Agence nationale de santé publique ;

b) Jusqu'à la constitution des nouvelles instances représentatives du personnel, qui intervient au plus tard le 31 décembre 2016, le directeur général de l'agence réunit en formation conjointe, sous sa présidence, les membres titulaires et des membres suppléants des comités techniques, d'une part, les membres des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, d'autre part, des trois établissements. Il réunit également, sous sa présidence, les membres des commissions consultatives paritaires des trois établissements. La liste des membres des instances des trois établissements siégeant dans ces instances provisoires, prenant en compte les effectifs des trois établissements est arrêtés, par le directeur général, après consultation des instances concernées ;

c) Le mandat des personnes élues, lors de l'élection prévue au premier alinéa du III, prend fin à la date des élections pour le renouvellement général des organismes consultatifs au sein desquels s'exerce la participation des fonctionnaires et agents de l'Etat.

VI. - Jusqu'à la création des instances prévues à l'article L. 1413-11 du code de la santé publique, les instances, comités et commissions spécialisées de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de l'Etablissement de préparation et réponse aux urgences sanitaires, dans leurs compositions respectives à la date d'entrée en vigueur du présent décret, poursuivent leur activité et leur mandat au sein de l'Agence nationale de santé publique jusqu'à la mise en place des nouvelles instances.

VII. - Les comptes financiers de l'Institut de veille sanitaire, de l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé et de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires sont établis par l'agent comptable en fonction à la date de leur dissolution. Ils sont arrêtés par le conseil d'administration de l'Agence nationale de santé publique et approuvés par les ministres chargés de la santé et du budget. Article 6 En savoir plus sur cet article...

La ministre de l'environnement, de l'énergie et de la mer, chargée des relations internationales sur le climat, la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé, le ministre de la défense, la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, la ministre de la fonction publique et la

ministre des outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.
end texte

Fait le 27 avril 2016.

Les centres de lutte antituberculeuse (CSP)

Article L3112-2

Modifié par [Loi n°2004-809 du 13 août 2004 - art. 71 JORF 17 août 2004](#)

La lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'Etat.

Les collectivités territoriales peuvent exercer des activités en ces domaines dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat. Cette convention précise les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en oeuvre, le montant de la subvention accordée par l'Etat, les données dont la transmission à l'Etat est obligatoire, les modalités d'évaluation des actions entreprises ainsi que, le cas échéant, les relations avec les autres organismes intervenant dans le même domaine.

Article L1423-2

Le département peut, dans le cadre de conventions conclues avec l'Etat, participer à la mise en œuvre des programmes de santé définis. en application du titre Ier du livre IV de la première partie, notamment des programmes de dépistage des cancers.

Circulaire interministérielle DGS/SD5A/SD5C/SD6A/ DGCL n o 2005-342 du 18 juillet 2005 relative à la mise en oeuvre de la recentralisation des activités de dépistage du cancer, de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre et les infections sexuellement transmissibles et aux orientations pour la négociation des conventions permettant l'exercice de ces activités par les départements

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a prévu la recentralisation des activités de prévention sanitaire confiées aux départements par les lois de décentralisation de 1983, hormis la protection maternelle et infantile. Cette recentralisation entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2006.

Complétée par l'article 100 de la loi n o 2004-1485 du 30 décembre 2004 de finances rectificative pour 2004, la loi du 13 août 2004 a fixé comme suit le dispositif juridique et financier applicable tant pour la recentralisation des activités à l'Etat que pour la poursuite d'activités par les départements, par voie conventionnelle :

b) Pour les départements qui, au contraire, choisiront de signer avec l'Etat une convention pour une ou plusieurs des activités recentralisées, nous vous rappelons qu'aucune réfaction ne sera opérée sur la DGF pour la ou les compétence(s) exercée(s) dans ce cadre.

La subvention versée par l'Etat aux départements pour l'application de ladite convention sera alors constituée, comme le prévoit l'article 199-1 de la loi du 13 août 2004 modifiée, du montant conservé par chaque département au titre de la DGD correspondante perçue chaque année.

Enfin, s'agissant des agents départementaux actuellement affectés à l'exercice des compétences qui font l'objet d'une recentralisation, nous vous rappelons que la loi du 13 août 2004 n'a pas prévu de dispositif de transfert de personnels vers l'Etat.

Ces personnels pourront donc, à compter du 1^{er} janvier 2006, être affectés par les départements qui renonceraient à l'exercice des compétences recentralisées vers d'autres missions.

Pour autant, compte tenu de l'expertise acquise par ces personnels et dans le souci d'éviter que le transfert de compétences vers l'Etat ne se traduise par une perte de savoir-faire préjudiciable à la qualité comme à la continuité du service rendu aux usagers, vous attirerez l'attention des présidents de conseil général sur la possibilité qui pourrait être offerte à ces personnels d'être détachés dans les conditions de droit commun auprès des services de

l'Etat, ou d'établissements de santé et de centres de santé qu'il habilitera, pour l'exercice des missions recentralisées.

Votre décision de conclure avec le département une convention pour l'une ou plusieurs des activités de prévention sanitaire précitées devra reposer sur une appréciation de la capacité de la collectivité territoriale à répondre aux objectifs de la politique de santé publique, La décision de conclure la convention devra également tenir compte de la volonté de la collectivité territoriale de s'engager à mettre en oeuvre la politique de santé publique en respectant les conditions techniques et de moyens minimales fixées dans les modèles de convention qui vous sont proposés aux annexes 3 et 4.

S'il vous appartient bien entendu d'adapter ces modèles aux circonstances locales, nous vous rappelons que ces conventions devront conformément aux articles L. 3111-11, L. 3112-2 et L. 3121-1 du code de la santé publique préciser au minimum les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires concernées, les moyens mis en oeuvre, la référence à la DGD comme subvention accordée par l'Etat, ainsi que les données à transmettre à l'Etat et les modalités d'évaluation des actions entreprises.

Annexe II – 2

La recentralisation de la mission de lutte antituberculeuse a été l'occasion d'une redéfinition nationale des actions de lutte antituberculeuse en raison de l'hétérogénéité des activités menées dans les départements et de la situation épidémiologique actuelle de la maladie en France.

Si la décroissance de l'incidence de la tuberculose dans les pays d'Europe occidentale est de nature à engendrer une réduction des moyens dédiés à la lutte contre cette maladie, en revanche, certains groupes de populations, notamment migrants originaires de pays de haute endémie tuberculeuse, personnes détenues, et personnes ayant des difficultés d'accès aux soins conventionnels, présentent une forte incidence de la tuberculose. Aussi, le maintien des services, qui ont acquis leur légitimité sur le terrain, créé des réseaux (avec les praticiens hospitaliers, les pneumologues libéraux, les médecins du travail et de santé scolaire, les établissements sociaux, les associations...), développé des actions de prévention, est essentiel pour sauvegarder les acquis de l'expérience. Ce maintien permettra également d'éviter une rupture dans la prévention et la prise en charge de la maladie et, à terme, un retard au dépistage et au diagnostic.

Annexe II -3

L'incidence de la lèpre est en très forte régression dans le monde. Moins de 100 cas nouveaux et environ 200 malades sous traitements étaient recensés en 2000 dans les collectivités d'outre-mer.

L'épidémiologie incite à préconiser le regroupement avec les activités de lutte contre la tuberculose afin de favoriser les économies de structure.

Outre le repérage, notamment par des enquêtes dans l'entourage des cas, et le traitement des personnes malades, la structure en charge de la lutte contre la lèpre pourra proposer un suivi médical des malades après traitement du fait des risques de rechute. Elle devra être incitée à conduire des actions d'information en particulier en direction des structures prenant en charge les personnes migrantes et participera à l'éducation sanitaire.

II Dispositions particulières b) Centres de lutte contre la tuberculose

b.1. Personnels

L'équipe se compose d'au moins un médecin ou une infirmière qui puissent assurer les entretiens, notamment auprès des malades et de leur entourage, dans le cadre des enquêtes autour d'un cas. Elle dispose des moyens nécessaires à leurs déplacements. Elle comporte également au moins un travailleur social, sauf si le centre a instauré un partenariat avec un service social.

Le personnel participant à l'information et au conseil justifie d'une formation adaptée, notamment aux méthodes d'éducation pour la santé. Il en est de même pour le personnel participant aux enquêtes autour des cas.

Nombre et qualification des agents :

Médecin(s) :

Pharmacien(s) :

Infirmier(s) :

Psychologue(s) :

Assistante(s) sociale(s) :

Personnel d'accueil :

Secrétaire(s) :

Autres (personnel formé à l'éducation pour la santé, aux mesures préventives adaptées aux différentes situations d'exposition et aux différents contextes socioculturels..., à préciser) :

b.2. Locaux et matériel

Le centre se dote d'unités mobiles (notamment équipées d'un camion radiographique) (cf. note 16 : En fonction des besoins locaux).

L'équipement permet le respect des règles d'hygiène et de conservation des vaccins en vigueur. Il comporte... réfrigérateurs médicaux dotés d'un système de contrôle de la température interne.

b.3. Règles de bonnes pratiques

Le centre privilégie les réunions pluri-professionnelles et l'articulation avec les réseaux médicaux et sociaux.

Il s'inscrit dans le réseau local, collabore avec les partenaires oeuvrant auprès des publics en situation de précarité, populations marginalisées ou ayant un accès difficile aux services de santé et à la prévention. Des procédures de collaboration sont établies avec les UCSA (cf. note 17) des centres de détention et les CHRS (cf. note 18) . Des équipes mobiles sont constituées en tant que de besoin.

L'organisation du centre permet un accès rapide et aisé à la radiographie pulmonaire et à son résultat.

b.4. Données et registres

La vaccination par le BCG est consignée sur le carnet de santé de l'enfant ou le carnet de vaccination de l'adulte ou, à défaut, sur le certificat de vaccination qui est délivré.

Doivent figurer sur ces documents : la date, la marque du vaccin et son lot de fabrication, ainsi que le nom du vaccinateur. Les mêmes renseignements doivent rester en possession du centre de vaccination (registre).

Un registre des enquêtes autour des cas et de leurs résultats est tenu dans le respect des règles de confidentialité.

Article D3112-6

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 83](#)

Peuvent être habilités comme centres de lutte contre la tuberculose pour l'application de [l'article L. 3112-3](#) :

1° Les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à [l'article L. 6112-1](#) ;

2° Les centres de santé mentionnés à [l'article L. 6323-1](#) lorsqu'ils sont gérés par des organismes à but non lucratif.

Article D3112-7

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 83](#)

La demande d'habilitation est adressée au directeur général de l'agence régionale de santé de la région où sera situé le centre de lutte contre la tuberculose, accompagnée d'un dossier dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cette demande précise les modalités de fonctionnement du centre de lutte contre la tuberculose, en particulier celles qui permettent d'assurer la gratuité de la vaccination par le vaccin antituberculeux, du suivi médical et de la délivrance des médicaments, et garantissent:

1° Le maintien ou la constitution d'une équipe de professionnels dont la composition et l'effectif sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité du centre ;

2° La disponibilité de locaux, d'équipement et de matériel adaptés à l'activité du centre ;

3° Un entretien individuel d'information et de conseil ;

4° La réalisation des consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le

domaine de la lutte contre la tuberculose ;
5° La réalisation d'enquêtes dans l'entourage des cas ;
6° La réalisation d'actions ciblées de dépistage ;
7° La réalisation d'actions de prévention, ciblées sur les personnes présentant le plus de risques ;
8° Le concours à la formation des professionnels ;
9° La vaccination par le vaccin antituberculeux ;
10° La disponibilité du matériel et des médicaments nécessaires au traitement des éventuelles réactions indésirables graves ;
11° Le suivi médical des personnes atteintes et la délivrance des médicaments antituberculeux ;
12° La conclusion d'une convention avec au moins un établissement de santé susceptible de prendre en charge des personnes atteintes de tuberculose ;
13° La déclaration au centre régional de pharmacovigilance, dans les conditions prévues par la section 13 du chapitre 1er du titre II du livre 1er de la cinquième partie du présent code, des effets indésirables susceptibles d'être dus au vaccin ou au traitement ;
14° Le développement de partenariats avec les professionnels, établissements et organismes qui participent à la lutte contre la tuberculose dans le département et à la prise en charge des personnes atteintes.

Article D3112-8

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 83](#)
L'habilitation est accordée pour trois ans.

Article D3112-9

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 83](#)
Les établissements et organismes habilités comme centres de lutte contre la tuberculose fournissent annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé un rapport d'activité et de performance conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Arrêté du 1er décembre 2010 fixant le contenu du rapport d'activité et de performance en application des articles D. 3111-25, D. 3112-9 et D. 3121-41 du code de la santé publique

Article 1

Le contenu des **rapports** annuels d'**activité** et de performance fournis par les établissements et organismes habilités comme centre de vaccinations, centre de lutte contre la **tuberculose** ou centre d'information, de dépistage et diagnostic des infections sexuellement transmissibles, en application des [articles D. 3111-25](#), [D. 3112-9](#) et [D. 3121-41](#) du code de la santé publique, sont respectivement fixés dans les annexes au présent arrêté.

Article D3112-10

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 83](#)
Lorsque les modalités de fonctionnement d'un centre de lutte contre la tuberculose ne permettent plus de répondre aux obligations fixées aux [articles D. 3112-7](#) et [D. 3112-9](#), le directeur général de l'agence régionale de santé met en demeure l'établissement ou l'organisme habilité de s'y conformer dans le délai qu'il fixe. En cas d'urgence tenant à la sécurité des usagers, l'habilitation peut être suspendue.
Si la mise en demeure n'est pas suivie d'effet dans le délai imparti, l'habilitation peut être retirée.

Article D3112-12

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 84](#)
Peuvent être habilités comme centres de lutte contre la lèpre pour l'application de [l'article L. 3112-3](#) :
1° Les établissements de santé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à [l'article L. 6112-1](#) ;

2° Les centres de santé mentionnés à [l'article L. 6323-1](#) lorsqu'ils sont gérés par des organismes à but non lucratif.

L'habilitation est accordée et, le cas échéant, retirée ou suspendue, dans les conditions fixées aux [articles D. 3112-8 et D. 3112-10](#).

Article D3112-13

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 84](#)

La demande d'habilitation est adressée au directeur général de l'agence régionale de santé de la région où sera situé le centre de lutte contre la lèpre, accompagnée d'un dossier dont le contenu est défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cette demande précise les modalités de fonctionnement du centre de lutte contre la lèpre, en particulier celles qui permettent d'assurer la gratuité du suivi médical et de la délivrance des médicaments, et garantissent :

1° Le maintien ou la constitution d'une équipe de professionnels dont la composition et l'effectif sont adaptés aux besoins locaux et à l'activité du centre ;

2° La disponibilité de locaux, d'équipement et de matériel adaptés à l'activité du centre ;

3° Un entretien individuel d'information et de conseil ;

4° La réalisation des consultations médicales par un médecin ayant une expérience dans le domaine de la lutte contre la lèpre ;

5° La réalisation d'enquêtes dans l'entourage des cas ;

6° La délivrance des médicaments nécessaires au traitement de la maladie ;

7° La disponibilité du matériel et des médicaments nécessaires au traitement des éventuelles réactions indésirables graves ;

8° La conclusion d'une convention avec au moins un établissement de santé susceptible de prendre en charge les personnes atteintes de la lèpre ;

9° La déclaration au centre régional de pharmacovigilance, dans les conditions prévues par la section 13 du chapitre Ier du titre II du livre Ier de la cinquième partie du présent code, des effets indésirables susceptibles d'être dus au traitement.

Article R3112-14

Créé par [Décret n°2005-1765 du 30 décembre 2005 - art. 1 JORF 31 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006](#)

Dans les établissements et organismes mentionnés à [l'article L. 3112-3](#), les médicaments sont dispensés par un pharmacien inscrit au tableau de la section E ou de la section H de l'Ordre national des pharmaciens.

Si l'établissement habilité est un établissement de santé, cette dispensation est assurée par la pharmacie à usage intérieur, ou à défaut, selon la procédure prévue à [l'article L. 5126-6](#).

Article L5126-6

Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 15](#)

Lorsque les besoins pharmaceutiques d'un établissement mentionné à l'article [L. 5126-1](#) ne justifient pas l'existence d'une pharmacie, des médicaments, produits ou objets mentionnés à [l'article L. 4211-1](#) destinés à des soins urgents peuvent, par dérogation aux articles L. 5126-1 et [L. 5126-5](#), être détenus et dispensés sous la responsabilité d'un médecin attaché à l'établissement ou d'un pharmacien ayant passé convention avec l'établissement. Avant la conclusion de ladite convention, l'établissement en communique pour avis le texte au directeur général de l'agence régionale de santé et au conseil de l'ordre des pharmaciens. Tout renouvellement de la convention donne lieu aux mêmes formalités.

La convention détermine les conditions dans lesquelles est assuré l'approvisionnement de l'établissement.

Article R3112-15

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 85](#)

Dans les établissements et organismes autres que les établissements de santé, à titre dérogatoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser un médecin

de l'organisme, nommément désigné, à assurer l'approvisionnement, la détention, le contrôle et la gestion des médicaments et à les dispenser directement aux malades. Cette autorisation ne peut être accordée que pour un remplacement n'excédant pas trois mois ou lorsque l'activité ne justifie pas la présence d'un pharmacien à temps plein.

Pour l'application du présent article, le silence gardé par le préfet vaut autorisation à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande.

Les médicaments sont détenus dans un lieu où n'ont pas librement accès les personnes étrangères à l'organisme et conservés dans les conditions prévues par l'autorisation de mise sur le marché, sous la responsabilité du médecin autorisé par le préfet.

Article R5124-45

Outre leurs activités de distribution aux officines, aux pharmacies mutualistes ou de sociétés de secours minières et aux pharmacies à usage intérieur, les entreprises ou organismes autorisés au titre des 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 8°, 9°, 12° et 14° de l'article R. 5124-2 fournissent, en effectuant un suivi individualisé des lots et, s'il y a lieu, leur retrait :

5° Aux organismes relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu avec l'Etat une convention en application de l'article [L. 3112-2](#) et aux établissements ou organismes habilités pour la lutte contre la **tuberculose** ou pour la lutte contre la lèpre en application de l'article [L. 3112-3](#), les médicaments antituberculeux, ou les médicaments nécessaires au traitement ambulatoire de la lèpre, sur commande écrite du pharmacien ou du médecin responsable dans l'établissement ou l'organisme de la détention et de la dispensation de ces produits ;

Article L3112-3

Modifié par [LOI n°2014-1554 du 22 décembre 2014 - art. 49](#)

La vaccination, le suivi médical et la délivrance des médicaments sont gratuits lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité dans des conditions définies par décret ou par un organisme relevant d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application des [articles L. 3111-11](#) ou [L. 3112-2](#).

Les dépenses afférentes au suivi médical, au vaccin et à la délivrance des médicaments sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les bénéficiaires de l'aide médicale, dans les conditions fixées par [l'article L. 111-2](#) et le chapitre Ier du titre Ier du livre Ier du code de l'action sociale et des familles et, le cas échéant, selon les modalités prévues à [l'article L. 182-1](#) du code de la sécurité sociale.

La facturation dématérialisée de ces dépenses est opérée dans les conditions prévues à [l'article L. 161-35](#) du même code.

Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés peut négocier, pour le compte des établissements ou organismes habilités et des collectivités territoriales exerçant des activités en matière de vaccination, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à y être administrés et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de [l'article L. 162-17](#) dudit code.

NOTA : Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014, article 49 II : Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2016, à l'exception de l'avant-dernier alinéa qui entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er janvier 2018.

Rôles professionnels (CSP)

Article L4011-1

Modifié par [LOI n°2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 35 \(V\)](#)

Par dérogation aux articles [L. 1132-1](#), [L. 4111-1](#), [L. 4161-1](#), [L. 4161-3](#), [L. 4161-5](#), [L. 4221-1](#), [L. 4241-1](#), [L. 4241-13](#), [L. 4311-1](#), [L. 4321-1](#), [L. 4322-1](#), [L. 4331-1](#), [L. 4332-1](#), [L. 4341-1](#), [L. 4342-1](#), [L. 4351-1](#), [L. 4352-2](#), [L. 4361-1](#), [L. 4362-1](#), [L. 4364-1](#), [L. 4371-1](#), [L. 4391-1](#), [L. 4392-1](#) et [L. 4394-1](#), les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une

démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des protocoles définis aux articles [L. 4011-2](#) à [L. 4011-3](#).

Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.

Assistants familiaux (CSP et CASF)

Article L2111-2 (CSP)

Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, l'agrément des **assistants** familiaux ainsi que l'agrément, le contrôle, la formation mentionnée à l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles et la surveillance des **assistants** maternels, relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions des articles L. 2112-7, L. 2112-8, L. 2214-1, L. 2322-6 et L. 2323-2.

Article R421-3 (CASF)

Pour obtenir l'agrément d'**assistant maternel** ou d'**assistant** familial, le candidat doit :

- 1° Présenter les garanties nécessaires pour accueillir des mineurs dans des conditions propres à assurer leur développement physique, intellectuel et affectif ;
- 2° Passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs et dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la famille ;
- 3° Disposer d'un logement dont l'état, les dimensions, les conditions d'accès et l'environnement permettent d'assurer le bien-être et la sécurité des mineurs compte tenu du nombre et, s'agissant d'un candidat à l'agrément d'**assistant maternel**, de l'âge de ceux pour lesquels l'agrément est demandé.

Décret n° 2014-918 du 18 août 2014 relatif au référentiel fixant les critères d'agrément des assistants familiaux

Annexe 4-9

Section 2

Le domicile ainsi que son environnement doivent présenter des caractéristiques permettant de garantir la santé, le bien-être et la sécurité des mineurs ou des jeunes majeurs accueillis en tenant compte de leur nombre et de leur âge.

Décret n° 2006-1153 du 14 septembre 2006 relatif à l'agrément des assistants maternels et des assistants familiaux et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire)

Section 1, sous-section 1

Art. R. 421-3. - Pour obtenir l'agrément d'assistant maternel ou d'assistant familial, le candidat doit :

2° Passer un examen médical qui a pour objet de vérifier que son état de santé lui permet d'accueillir habituellement des mineurs et dont le contenu est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la famille ; rt. D. 421-12. - L'agrément d'assistant maternel est accordé pour une durée de cinq ans, sauf dans les cas prévus à l'article D. 421-21.

Arrêté du 28 octobre 1992 fixant les conditions de l'examen médical obligatoire en vue de l'agrément des assistants maternels et des assistantes maternelles.

NOR: SPSC9202709A

Version consolidée au 9 décembre 2016

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés,

Vu le code de la famille et de l'aide sociale, notamment l'article 123-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6, L. 7 et L. 7-1 ;

Vu le décret n° 92-1051 du 29 septembre 1992 relatif à l'agrément des assistants maternels et assistantes maternelles et aux commissions consultatives paritaires départementales,
Article 1

L'examen médical préalable à l'agrément d'assistante ou assistant maternel vise à s'assurer que l'intéressé n'est atteint d'aucune affection physique ou mentale incompatible avec l'exercice de ses fonctions.

Article 2

L'examen médical comprendra nécessairement le contrôle des vaccinations obligatoires et la recherche de signes évocateurs de la tuberculose.

Au cas où le calendrier vaccinal n'a pas été respecté, la mise à jour sera effectuée.

Article 3

Le directeur général de la santé et le directeur de l'action sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,
BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés,
LAURENT CATHALA

Sous-section 2

Art. D. 421-22. - La première demande de renouvellement de l'agrément d'un assistant familial est accompagnée d'un document attestant que la personne intéressée a suivi la formation obligatoire prévue à l'article L. 421-15 et précisant si elle a obtenu le diplôme mentionné à l'article D. 451-100.

Le renouvellement de l'agrément des assistants familiaux qui ont obtenu le diplôme mentionné à l'article D. 451-100 est accordé automatiquement et sans limitation de durée.

Arrêté du 19 août 2013 fixant le modèle de formulaire en vue de l'agrément des assistants maternels et la composition du dossier de demande d'agrément

Par arrêté de la ministre des affaires sociales et de la santé en date du 19 août 2013 :

Le formulaire de demande d'agrément d'**assistant maternel** prévu par l'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles est établi conformément au modèle homologué par la direction générale de la modernisation de l'Etat sous le numéro CERFA 13394*03. Le formulaire mentionné ci-dessus sera mis en ligne sur un site internet à l'adresse suivante : https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_13394.do

Le dossier de demande d'agrément prévu à l'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles comprend les pièces suivantes à l'exclusion de toute autre :

- le formulaire CERFA n° 13394*03 ;
- la copie d'une pièce d'identité ;
- la copie d'un titre de séjour en cours de validité autorisant l'exercice d'une activité professionnelle pour les personnes ressortissantes d'un pays non membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ;
- la copie d'un justificatif de domicile ;
- un certificat attestant de la réalisation de l'examen médical prévu à l'article R. 421-3 du code de l'action sociale et des familles ;
- un extrait de bulletin n° 3 du casier judiciaire de chacun des majeurs vivant au domicile du candidat ;
- lors d'une demande d'exercice en maison d'**assistants maternels** :

— la copie de l'attestation d'assurance « incendie accidents et risques divers » de la maison d'**assistants maternels** ;

— la copie de l'autorisation d'ouverture au public du maire de la commune d'implantation de la maison d'**assistant maternel** ou, en l'absence de décision du maire et lorsque la maison d'**assistant maternel** est un établissement recevant du public de la 5e catégorie en vertu de l'arrêté du 26 octobre 2011, la copie du dossier de demande d'ouverture déposé en mairie daté d'au moins cinq mois ;

— lors d'une demande de renouvellement : l'attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle permettant de couvrir les dégâts corporels causés ou subis par le mineur, obligatoire dès le début de l'exercice de l'activité.

Lors de l'examen de la demande d'agrément, la production des pièces suivantes pourra en outre être demandée :

— la copie de l'attestation de visite annuelle pour les appareils de chauffage ;

— la copie du certificat de ramonage ;

— la copie de l'attestation d'entretien de la chaudière ;

— la copie du constat des risques d'exposition aux peintures au plomb pour les logements construits avant le 1er janvier 1949 ;

— la copie de la note technique des piscines privatives non closes dont le bassin est enterré ou semi-enterré.

— en cas de changement de lieu d'exercice ou si le logement de l'**assistant maternel** ne comportait pas de piscine non close privative dont le bassin est enterré ou semi-enterré lors de la demande d'agrément, la copie de la note technique des piscines non closes privatives dont le bassin est enterré ou semi-enterré.

Le présent arrêté entre en vigueur le 1er octobre 2013.

Article L2112-2 (CSP)

Le président du conseil départemental a pour mission d'organiser : 7° Des actions d'information sur la profession d'**assistant maternel** et des actions de formation initiale destinées à aider les **assistants** maternels dans leurs tâches éducatives, sans préjudice des dispositions du code du travail relatives à la formation professionnelle continue.

Article L2112-3 (CSP)

Tout assistant maternel agréé doit suivre une formation dans les conditions prévues à l'article L. 421-14 du code de l'action sociale et des familles.

Article R421-1 (CASF)

En application des dispositions de l'article L. 2112-2 (7°) du code de la santé publique et selon les modalités prévues à l'article L. 214-6, le président du conseil départemental organise de façon régulière des séances d'information relatives à l'activité d'**assistant maternel** à destination des candidats éventuels à cette profession, au cours desquelles sont présentés notamment le rôle et les responsabilités de l'**assistant maternel**, les modalités d'exercice de la profession, les conditions de l'agrément prévu par l'article L. 421-3, les droits et obligations qui s'attachent à cet agrément, les besoins de l'enfant et les relations avec les parents ou les personnes responsables de l'enfant.

Des représentants d'associations et d'organisations représentatives d'**assistants maternels**, des personnes morales et des particuliers employeurs peuvent être invités à participer à ces séances.

Dans les communes ou leurs groupements dotés d'un relais **assistants maternels** tel que défini à l'article L. 214-2-1, le président du conseil départemental peut associer ce dernier à l'organisation des réunions d'information.

Article R3112-2 (CSP)

Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 82

Sont également soumis à la vaccination obligatoire par le vaccin antituberculeux BCG :

1° Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans les établissements ou

services mentionnés au A de [l'article R. 3112-1](#) ainsi que les assistantes maternelles ;

Article L2111-1 (CSP)

L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent livre, à la protection et à la promotion de la santé **maternelle** et infantile qui comprend notamment :

4° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des **assistants maternels** mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles ;

La protection maternelle et infantile (CASF)

Article L2112-1

Les compétences dévolues au département par l'article L. 1423-1 et par l'article L. 2111-2 sont exercées, sous l'autorité et la responsabilité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non personnalisé du département.

Ce service est dirigé par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

Article L2112-2

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ; En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Déclaration obligatoire (CSP)

Article L3113-1

Modifié par [Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6 \(V\)](#)

Font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés :

1° Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;

2° Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique.

Un décret pris après avis du Haut Conseil de la santé publique définit la liste des maladies correspondant aux 1° et 2°. Les modalités de la transmission des données à l'autorité sanitaire dans les deux cas, en particulier la manière dont l'anonymat est protégé, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article R3113-1

Les cas de maladies mentionnées à [l'article L. 3113-1](#) font l'objet d'une notification, dans les conditions fixées à [l'article R. 3113-2](#).

Les cas de maladies qui justifient une intervention urgente locale, nationale ou internationale font en outre l'objet d'une procédure de signalement, dans les conditions fixées à [l'article R. 3113-4](#).

Article D3113-6

Modifié par [Décret n°2014-333 du 13 mars 2014 - art. 1](#)

La liste des maladies qui relèvent de la procédure de signalement prévue à l'article [R. 3113-4](#) est la suivante :

1° Maladies infectieuses :

- a) Botulisme ;
 - b) Brucellose ;
 - c) Charbon ;
 - c) 1. Chikungunya, dans les départements et collectivités figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
 - d) Choléra ;
 - d) 1. Dengue, dans les départements figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
 - e) Diphtérie ;
 - f) Fièvres hémorragiques africaines ;
 - g) Fièvre jaune ;
 - h) Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ;
 - i) Hépatite A aiguë ;
 - j) Infection invasive à méningocoque ;
 - k) Légionellose ;
 - l) Listériose ;
 - m) Orthopoxviroses, dont la variole ;
 - n) Paludisme autochtone ;
 - o) Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer ;
 - p) Peste ;
 - q) Poliomyélite ;
 - r) Rage ;
 - s) Rougeole ;
 - t) Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines ;
 - u) Toxi-infections alimentaires collectives ;
 - v) Tuberculose ;
 - w) Tularémie ;
 - x) Typhus exanthématique ;
- 2° Autre maladie :
-saturnisme chez les enfants mineurs.

Article D3113-7

Modifié par [Décret n°2012-47 du 16 janvier 2012 - art. 1](#)

La liste des maladies qui relèvent de la procédure de notification prévue à [l'article R. 3113-2](#) est la suivante :

1° Maladies mentionnées à l'article [D. 3113-6](#).

2° Autres maladies infectieuses :

- a) Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B ;
- b) Infection par le virus de l'immunodéficience humaine, quel que soit le stade ;
- c) Tétanos.

3° Autres maladies :

-mésotéliomes.

Article R3113-2

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 86](#)

La notification des données individuelles nécessaires à la surveillance épidémiologique consiste en la transmission d'une fiche qui comporte :

- 1° Les nom, prénom et adresse du déclarant. Lorsque la notification est effectuée par le responsable du service de biologie ou du laboratoire, sont mentionnés en outre sur la fiche le nom, le prénom et l'adresse du prescripteur ;
- 2° Un numéro d'anonymat établi par codage informatique irréversible à partir des trois

premières lettres des nom, prénom, date de naissance et sexe de la personne. Lorsque le diagnostic de la maladie repose sur une anomalie biologique, ce codage informatique est assuré par le responsable du service de biologie ou du laboratoire.

Dans les autres cas, l'établissement du numéro d'anonymat est assuré, dans les mêmes conditions, par le déclarant ou par le médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence. Dans le cas où le codage est fait par le médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence, le déclarant joint à la fiche les trois premières lettres du nom, le prénom, la date de naissance et le sexe de la personne ;

3° Les informations destinées à la surveillance épidémiologique. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe, pour chaque maladie, les données cliniques, biologiques et socio-démographiques que le déclarant ou, en cas de diagnostic biologique, le prescripteur porte sur la fiche de notification.

Pour les maladies dont un des modes de transmission est par voie sexuelle, les médecins déclarants, les médecins des agences régionales de santé et le médecin de l'Institut de veille sanitaire mentionné à [l'article R. 3113-3](#) sont autorisés à enregistrer et conserver, dans les conditions définies au même article, des données à caractère personnel qui, étant relatives aux pratiques sexuelles des personnes, relèvent des données mentionnées par [l'article 31 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Article R3113-3

Modifié par [Décret n°2012-1255 du 13 novembre 2012 - art. 1](#)

Le déclarant transmet la fiche, soit par voie postale sous pli confidentiel portant la mention : "secret médical", soit par télétransmission après chiffrement des données, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence qui la transmet à son tour, dans les mêmes conditions de confidentialité, au médecin de l'Institut de veille sanitaire désigné par son directeur général.

Le déclarant ou le médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence qui établit la correspondance entre le numéro d'anonymat et les éléments d'identité de la personne en assure la conservation, aux fins de validation et d'exercice du droit d'accès, dans des conditions garantissant la confidentialité des informations et la détruit douze mois après la date d'envoi portée par le déclarant sur la fiche de notification. Dans le même délai, le médecin de l'Institut de veille sanitaire supprime de la fiche les coordonnées du prescripteur et celles du responsable du service de biologie ou du laboratoire.

NOTA : Décret n° 2012-1255 du 13 novembre 2012 article 2 : Pour les données mentionnées au second alinéa de l'article R. 3113-3 du code de la santé publique dont la date d'envoi portée par le déclarant sur la fiche de notification est antérieure au 16 novembre 2012 mais dont la conservation est en cours à cette même date, l'article 1er du présent décret s'applique dans la limite d'une durée globale de conservation de douze mois.

Article R3113-4

Modifié par [Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 86](#)

Nonobstant la notification prévue à [l'article R. 3113-2](#), les cas, avérés ou suspects, de maladies ou d'anomalie biologique mentionnées au 1° de [l'article L. 3113-1](#) sont signalés sans délai par le médecin ou le responsable du service de biologie ou du laboratoire d'analyses de biologie médicale, public ou privé, au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général de l'agence.

Le destinataire du signalement évalue la nécessité de mettre en place d'urgence des mesures de prévention individuelle et collective et, le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination ou de l'exposition.

Sur la demande du médecin destinataire du signalement, le déclarant est tenu de lui fournir toute information nécessaire à la mise en oeuvre des mesures d'investigation et d'intervention, notamment l'identité et l'adresse du patient.

Ces informations peuvent être transmises à d'autres professionnels lorsque leur intervention est indispensable pour la mise en oeuvre des mesures de prévention individuelle et collective. Elles ne sont conservées que le temps nécessaire à l'investigation et à l'intervention.

Article L1110-4

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

Article R3113-5

Toute personne appelée à connaître, à quelque titre que ce soit, les données individuelles transmises en application de la présente section est astreinte au secret professionnel sous les peines prévues à [l'article 226-13](#) du code pénal.

Article 226-13 du code pénal

Modifié par [Ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000 - art. 3 \(V\) JORF 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002](#)

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

Article L1110-13

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités.

Signalement des infections nosocomiales (CSP)

Article R6111-12

Les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire autorisés en vertu de l'article [L. 6133-7](#) à assurer les missions de tels établissements signalent de façon non nominative la survenue de toute infection nosocomiale et recueillent les informations concernant les infections nosocomiales soumises à signalement.

Le signalement peut porter sur plusieurs cas d'infections nosocomiales, notamment lorsque les caractéristiques ou modalités de survenue du ou des premiers cas ne permettent pas d'emblée de répondre aux critères de signalement.

Article R6111-13

Sont signalés conformément à [l'article R. 6111-12](#) :

1° Les infections nosocomiales ayant un caractère rare ou particulier, par rapport aux données épidémiologiques locales, régionales ou nationales, du fait :

- a) Soit de la nature, des caractéristiques ou du profil de résistance aux anti-infectieux de l'agent pathogène en cause ;
- b) Soit de la localisation de l'infection chez les personnes atteintes ;
- c) Soit de l'utilisation d'un dispositif médical ;
- d) Soit de procédures ou pratiques pouvant exposer ou avoir exposé, lors d'un acte invasif, d'autres personnes au même risque infectieux ;

2° Tout décès lié à une infection nosocomiale ;

3° Les infections nosocomiales suspectes d'être causées par un germe présent dans l'eau ou dans l'air environnant ;

4° Les maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à

l'autorité sanitaire en application de l'article [R. 3113-2](#) et dont l'origine nosocomiale peut être suspectée.

Article R6111-14

Dans les établissements mentionnés à [l'article R. 6111-12](#) le recueil des informations concernant les infections nosocomiales devant être signalées est organisé selon des modalités définies par la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou de la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés.

Article R6111-16

Tout médecin, pharmacien, chirurgien-dentiste, sage-femme ou membre du personnel paramédical qui, dans l'exercice de ses missions au sein d'un des établissements mentionnés à [l'article R. 6111-12](#), constate un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales, en informe, d'une part, le praticien responsable du pôle d'activité dans lequel le ou les cas sont apparus dans les établissements publics ou le médecin responsable du ou des patients dans les autres établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire et, d'autre part, le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière mentionnée à [l'article R. 6111-7](#).

Le praticien de l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière apprécie si le ou les cas dont il a été avisé correspondent aux critères de signalement énoncés à [l'article R. 6111-13](#). Lorsque ce ou ces cas correspondent à l'un de ces critères, ce praticien, lorsqu'il n'est pas le professionnel de santé désigné à [l'article R. 6111-15](#), informe ce dernier de la nécessité d'un signalement aux autorités sanitaires.

Article L1413-14

Tout professionnel de santé ou établissement de santé ou établissement et service médico-social ayant constaté une infection associée aux soins, dont une infection nosocomiale ou tout autre événement indésirable grave associé à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention doit en faire la déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé.

Les professionnels de santé concernés analysent les causes de ces infections et événements indésirables.

Ces dispositions s'entendent sans préjudice de la déclaration à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé des événements indésirables liés à un produit mentionné à l'article [L. 5311-1](#).

Article R6111-17

Lorsqu'un ou plusieurs cas d'infections nosocomiales ont été détectés et que leur nature correspond à un ou plusieurs des critères de signalement définis à [l'article R. 6111-13](#), le professionnel de santé chargé du signalement y procède sans délai auprès du directeur général de l'agence régionale de santé et du directeur du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales de l'interrégion. Il informe de la transmission de ce signalement le chef de pôle dans lequel le ou les cas sont apparus dans les établissements publics, le médecin responsable du ou des patients dans les autres établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, le président de la commission médicale d'établissement dans les établissements de santé publics ou la conférence médicale d'établissement dans les établissements de santé privés, et le représentant légal de l'établissement.

Le nombre annuel de signalements dans l'établissement est indiqué dans le bilan des activités de la lutte contre les infections nosocomiales mentionné à l'article [R. 6111-8](#).

Article L1142-5

Dans chaque région, une ou plusieurs commissions de conciliation et d'indemnisation sont chargées de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre

usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2.

Circulaire DHOS\E2 - DGS\SD5C N° 21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé.

Prévu en complément du système de surveillance épidémiologique, le signalement des infections nosocomiales repose sur le dispositif de lutte contre les infections nosocomiales en place dans les établissements de santé et dans les cinq interrégions du territoire national (Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (C.CLIN)). Il requiert une évaluation spécialisée de la situation par le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène (notamment praticien en hygiène) dans chaque établissement de santé et le C.CLIN de l'interrégion.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne un nouveau cadre à l'information des patients en ce qui concerne les infections nosocomiales. Ainsi, l'article L. 1111-2 du code de la santé publique pose les fondements légaux de l'information des patients engagés dans un processus de soins, de diagnostic ou de prévention.

Lorsqu'une personne a contracté une infection nosocomiale, le médecin en charge de cette personne doit l'en informer dans le respect du code de déontologie. La nature de l'information et les modalités de sa délivrance figurent dans le dossier médical de la personne, ainsi que, le cas échéant, la copie de la fiche de signalement (lorsque le signalement concerne le cas de plusieurs personnes, une copie de la fiche de signalement doit figurer dans le dossier médical de chacune de ces personnes).

Lorsque plusieurs personnes ont été exposées au même risque infectieux, une information rétrospective est nécessaire. Les praticiens concernés déterminent, en liaison avec la direction de l'établissement, le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène, la stratégie d'information et, le cas échéant, de suivi des patients, qui sera mise en œuvre par l'établissement. Ils s'appuient, selon les besoins, sur l'aide du C.CLIN, de la DDASS ou de l'InVS. Cette stratégie concerne autant les patients encore hospitalisés que les patients ayant quitté l'établissement. La procédure d'information et de suivi adoptée doit être écrite, notamment pour assurer la traçabilité de sa mise en œuvre. Cette information devra être mentionnée dans le dossier médical.

INSTRUCTION N° DGOS/ PF2 /DGS/ RI3/ 2012/75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées.

... l'utilisation systématique, à partir du 1er mars 2012, d'une application informatique de télé-signalement accessible via Internet, dénommée « e-SIN ». Développée et hébergée par l'Institut de veille sanitaire (InVS), elle facilitera l'échange d'informations et permettra l'amélioration des délais de réception et de traitement des événements signalés en garantissant le respect de la confidentialité.

L'application e-SIN n'autorise la saisie d'aucune donnée nominative concernant les patients afin de respecter leur anonymat. Une attention particulière doit être portée par les acteurs du signalement à l'anonymisation des documents électroniques qui peuvent être joints aux signalements.

Les patients doivent être informés des événements indésirables - y compris infections nosocomiales - survenant dans le cadre de leur prise en charge (article L.1111-2 CSP). Une preuve de cette information doit être conservée dans leur dossier médical.

La menace sanitaire grave et le risque sanitaire (CSP)

Article L3131-1

En cas de menace sanitaire grave appelant des mesures d'urgence, notamment en cas de menace d'épidémie, le ministre chargé de la santé peut, par arrêté motivé, prescrire dans l'intérêt de la santé publique toute mesure proportionnée aux risques courus et appropriée aux circonstances de temps et de lieu afin de prévenir et de limiter les conséquences des menaces possibles sur la santé de la population.

Le ministre peut habilitier le représentant de l'Etat territorialement compétent à prendre toutes les mesures d'application de ces dispositions, y compris des mesures individuelles. Ces dernières mesures font immédiatement l'objet d'une information du procureur de la République.

Le représentant de l'Etat dans le département et les personnes placées sous son autorité sont tenus de préserver la confidentialité des données recueillies à l'égard des tiers.

Le représentant de l'Etat rend compte au ministre chargé de la santé des actions entreprises et des résultats obtenus en application du présent article.

NOTA : Loi 2007-294 du 5 mars 2007 art. 12 I : la présente loi entre en vigueur le 29 août 2007, jour suivant la date de publication du décret n° 2007-1273 du 27 août 2007.

Article L1413-15

Les services de l'Etat et les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les établissements de santé publics et privés, le service de santé des armées, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les services de secours ainsi que tout professionnel de santé sont tenus de signaler sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé les menaces imminentes pour la santé de la population dont ils ont connaissance ainsi que les situations dans lesquelles une présomption sérieuse de menace sanitaire grave leur paraît constituée. Le directeur général de l'agence porte immédiatement ce signalement à la connaissance de l'Institut de veille sanitaire et au représentant de l'Etat dans le département.

Article L1435-1

Le directeur général de l'agence régionale de santé informe sans délai le représentant de l'Etat territorialement compétent ainsi que les élus territoriaux concernés de tout événement sanitaire présentant un risque pour la santé de la population ou susceptible de présenter un risque de trouble à l'ordre public.

Pour l'exercice de ses compétences dans les domaines sanitaire et de la salubrité et de l'hygiène publiques, le représentant de l'Etat territorialement compétent dispose à tout moment des moyens de l'agence. (...)

Les services de l'agence sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

Article L1435-2

Dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone.

Fonds d'intervention régional (CSP)

Article L1435-8

Un fonds d'intervention régional finance, sur décision des agences régionales de santé, des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures concourant :

- 1° A la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ;
- 2° A l'organisation et à la promotion de parcours de santé coordonnés ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ;
- 3° A la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ;
- 4° A l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ;
- 5° Au développement de la démocratie sanitaire.

Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional ainsi que les engagements pris en contrepartie sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à [l'article L. 6114-2](#) du présent code et à [l'article L. 313-11](#) du code de l'action sociale et des familles.

Cas de établissements pénitentiaires : code de procédure pénale (CPP)

Article D384-1

Modifié par [Décret n°2010-1635 du 23 décembre 2010 - art. 29](#)

La prophylaxie de la tuberculose prévue par le code de la santé publique est assurée dans les établissements pénitentiaires par les services compétents prévus à cet effet.

Le dépistage de la tuberculose est réalisé chez tous les entrants provenant de l'état de liberté par un examen clinique effectué et interprété dans les délais les plus brefs à compter de la date d'incarcération. Cette mesure s'applique également aux personnes détenues présentes qui n'auraient jamais bénéficié, ni lors de leur entrée en détention, ni au cours de leur incarcération, d'un dépistage clinique de la tuberculose. Cet examen systématique est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle. Au vu des résultats de cet examen, le médecin de l'unité de consultations et de soins ambulatoires prescrit, si nécessaire, un examen radiologique.

Les personnes détenues dont l'état de santé le nécessite sont isolées sur avis médical. Le médecin prescrit les mesures appropriées pour éviter toute contamination du personnel et des détenus.

En liaison avec le médecin responsable des structures visées à l'article [D. 368](#) et le médecin de prévention du personnel pénitentiaire, le médecin du service de lutte **antituberculeuse** effectue le dépistage de la tuberculose auprès des personnes ayant été en contact avec une personne détenue présentant une maladie tuberculeuse.

En application de l'article [L. 3113-1](#) du code de la santé publique, la déclaration obligatoire des cas de tuberculose est faite par le médecin ayant effectué le diagnostic et est transmise par le médecin responsable des structures visées à l'article [D. 368](#) au médecin de l'agence régionale de santé désigné par le directeur général.

Article D368

Les missions de diagnostic et de soins en milieu pénitentiaire et la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé sont assurées par une équipe hospitalière placée sous l'autorité médicale d'un praticien hospitalier, dans le cadre d'une unité de consultations et de soins ambulatoires, conformément aux dispositions des [articles R. 6112-14 à R. 6112-25](#) du code de la santé publique.

En application de [l'article R. 6122-14](#) du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région,

l'établissement public de santé situé à proximité de l'établissement pénitentiaire, qui est chargé de mettre en œuvre les missions décrites au premier alinéa du présent article. En application de [l'article R. 6112-15](#) du code de la santé publique, lorsque l'établissement public de santé désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychologique régional mentionné à [l'article D. 372](#), le directeur général de l'agence régionale de santé désigne en outre, dans les mêmes conditions, l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé admis à assurer l'une des missions de service public mentionnées à [l'article L. 6112-1](#) du code de la santé publique, situé à proximité, qui est chargé de dispenser aux détenus les soins en psychiatrie.

Article D366

Les détenus sont affiliés, dès leur incarcération, au régime général de la sécurité sociale. A ce titre, ils bénéficient, ainsi que leurs ayants droit, des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général dans les conditions fixées par les [articles L. 381-30 à L. 381-30-6](#) du code de la sécurité sociale.

Les détenus bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de [l'article 723](#) et qui exercent une activité professionnelle dans les conditions de droit commun sont affiliés au régime de sécurité sociale dont ils relèvent au titre de cette activité, dès lors que la durée de celle-ci permet l'ouverture des droits. Dans le cas contraire, ils continuent à bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général dans les conditions fixées par les articles L. 381-30 à L. 381-30-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à ce qu'ils remplissent les conditions d'ouverture du droit aux prestations du régime d'assurance maladie dont ils relèvent au titre de leur activité.

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

Les structures de soins prenant en charge les personnes placées sous main de justice ont été définies :

- Par le décret du 14 mars 1986 qui a créé les 26 services médico psychologiques régionaux (SMPR),
- Par le décret du 27 octobre 1994 relatifs aux soins dispensés aux personnes détenues,
- Par la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice créant les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

Proposer une nouvelle dénomination des unités de soins implantées en milieu pénitentiaire. Celles-ci regroupant les UCSA et les SMPR s'appelleront désormais « unités sanitaires » de niveau 1 lorsque les soins psychiatriques inclueront des prises en charge ambulatoires et de niveau 2 lorsque qu'une activité d'hospitalisation de jour sera autorisée.

INSTRUCTION N° DSS/2A/DGOS/R1/2016/9 du 6 janvier 2016

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction Générale de l'Offre de Soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau synthèse organisationnelle et financière

Personne chargée du dossier : Romain LE COZANNET

tél. : 01 40 56 61 31

mél. : romain.lecozannet@sante.gouv.fr

Direction de la Sécurité Sociale

Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

Bureau couverture maladie universelle et prestations de santé
Personne chargée du dossier : Chloé RAVOUNA
tél. : 01 40 56 75 18
mél. : chloe.ravouna@sante.gouv.fr
La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
à
Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DSS/2A/DGOS/R1/2016/9 du 6 janvier 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées, sur le champ médecine chirurgie obstétrique

Date d'application : immédiate

NOR : AFSS1600380C

Classement thématique :

Validée par le CNP, le 8 janvier 2016 - Visa CNP 2016-03

Résumé : Cette instruction définit les modalités de facturation des soins en médecine, chirurgie et obstétrique réalisés par les établissements de santé au bénéfice des personnes écrouées, qu'elles soient incarcérées ou en aménagement de peine, en application de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Cette mesure modifie les circuits de financement des soins aux personnes écrouées. Elle vise, d'une part, à unifier les circuits de financement pour l'ensemble de la dépense de soins et, d'autre part, à simplifier le circuit de remboursement aux établissements de santé et professionnels de santé concernés. Ces dispositions s'appliquent à compter du 1er janvier 2016.

Mots-clés :

Textes de référence :

- LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 notamment son article 64 ;
- LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 notamment son article 46 ;
- Le code de la sécurité sociale notamment ses articles L.381-30-1 et L.381-30-5.
- Arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 21 janvier 2009 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées ;
- Arrêté du 31 janvier 2011 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé de Guyane mentionnés aux a et b de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R.174-1 du code de la sécurité sociale.

Instructions abrogées :

Instructions modifiées :

Annexes :

Diffusion : établissements de santé et unités sanitaires en milieu pénitentiaire, dispensant des soins en médecine, chirurgie et obstétrique

En vertu de l'article L.381-30-5 du code de la sécurité sociale, les soins dispensés aux personnes écrouées, affiliées au régime général en application de l'article L.381-30 du code de la sécurité sociale, sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part obligatoire et par l'Etat pour la part restant à charge de l'assuré, sauf lorsque ce dernier bénéficie déjà par ailleurs d'un régime d'exonération (ALD, maternité, etc.)¹.

1 En effet, dès lors qu'un patient écroué bénéficie d'un régime d'exonération de par son état de santé (de type « affection de longue durée »), indépendamment donc de son statut de personne écrouée, l'ensemble de ses frais de soins sont à la charge de l'assurance maladie.

3

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 modifie les circuits de financement des soins aux personnes écrouées, qu'elles soient incarcérées ou en aménagement de peine. A compter du 1er janvier 2016, les personnes écrouées bénéficient, en application des dispositions de l'article L.381-30-5 du code de la sécurité sociale, d'un tiers payant intégral sur l'ensemble des soins qui leur sont dispensés.

Cette réforme entraîne une refonte des circuits de facturation des soins dispensés en établissements de santé : les caisses d'assurance maladie assureront désormais, pour les personnes écrouées, l'avance des frais de santé pour la part obligatoire prise en charge par le régime général, ainsi que pour la part complémentaire due par l'Etat.

Cette part complémentaire fera l'objet, dans un second temps, d'un remboursement à la CNAMTS des sommes concernées par la Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP), dans le cadre d'une facturation annuelle.

1. Périmètre du dispositif d'exonération de reste à charge et de tiers payant intégral

Les personnes concernées par le présent dispositif sont :

- Les personnes incarcérées ;
- Les personnes en aménagement de peine dès lors qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle susceptible de leur ouvrir des droits à ce titre.

En revanche, les membres de la famille des personnes écrouées ne bénéficient ni de la prise en charge du reste à charge par l'Etat ni du tiers payant spécifique mis en place.

La présente instruction vise l'ensemble des établissements du champ MCO.

Concernant le champ de la psychiatrie, il est nécessaire de se référer à l'instruction dédiée qui sera publiée dans les prochaines semaines.

2. Modalités de la dispense d'avance de frais

Le tiers payant intégral pour les patients écroués reposera sur l'application d'un régime exonérant spécifique.

Pour ce faire, la carte Vitale, l'attestation de droit et l'outil de consultation des droits réels (CDR) évoluent afin de permettre aux professionnels de santé d'appliquer cette avance de frais.

Sur l'attestation de droits ainsi que l'outil CDR, le libellé suivant sera désormais affiché : « TIERS PAYANT INTEGRAL SANS DEPASSEMENT SUR LES HONORAIRES, PRISE EN CHARGE A 100% PAR LE REGIME GENERAL ».

La carte Vitale contiendra quant à elle, pour toute mise à jour à compter du 1er janvier 2016, les informations suivantes :

- Le code exonération ETM=01 (également utilisé pour les pensionnés militaires) ;
- Un code gestion renseigné à la valeur « 65 ».

3. Modalités de facturation en médecine, chirurgie et obstétrique

A noter qu'eu égard aux spécificités de financement des établissements de santé, les modalités de facturation des soins aux personnes écrouées sont différenciées selon le type d'établissement.

4

3.1. La facturation dans les établissements ex-DG

3.1.1. S'agissant des séjours

S'agissant des établissements relevant de l'échelle tarifaire publique (mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale – dits établissements ex DG) n'ayant pas encore basculé sous un régime de facturation individuelle, les données d'activité relatives aux séjours des personnes écrouées font, comme pour les autres prestations hospitalières, l'objet d'une transmission à l'ATIH pour valorisation.

L'identification par l'ATIH des séjours des personnes écrouées se fera via le code gestion renseigné à la valeur « 65 » (cf. supra).

Il est donc impératif que les établissements, pour les séjours concernés, renseignent cette

variable dans les fichiers VIDHOSP.

Conformément à la loi, il revient désormais à l'assurance maladie de procéder à l'avance des frais pour la part complémentaire. Ainsi, il est nécessaire que le séjour des patients écroués dans un établissement de santé ne donne plus lieu à émission par l'établissement d'une facture à la DAP.

Sur la base des remontées d'information des établissements de santé, les séjours des personnes écrouées feront l'objet d'une valorisation de la part de l'ATIH qui distinguera, dans les fichiers transmis mensuellement aux agences régionales de santé (ARS), le montant dû au titre de la part complémentaire (et relevant in fine de la DAP) du montant dû au titre de la part obligatoire, à la charge de l'assurance maladie.

Les arrêtés de versement des directeurs généraux d'ARS devront identifier quant à eux, pour chaque établissement, le montant dû au titre du reste à charge des patients écroués et versé par les caisses d'assurance maladie dans les conditions définies à l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé.

Les établissements devront imputer ce montant dû au titre du reste à charge des patients écroués au sein du compte 7358 (« produits à la charge de l'Etat – Autres »).

3.1.2. S'agissant des actes et consultations externes

En ce qui concerne les établissements ex DG qui n'ont pas encore basculé vers une logique de facturation directe, les modalités de facturations des actes et consultations externes des patients écroués s'effectuent dans des conditions identiques à celles définies s'agissant des séjours en établissements ex DG (point 3.1.1.).

L'identification par l'ATIH des séjours des personnes écrouées se fera ainsi via le code gestion renseigné à la valeur « 65 ». Il est donc impératif que les établissements, pour les séjours concernés, renseignent correctement cette variable dans les fichiers RSF-ACE.

Quant aux établissements ex DG procédant d'ores et déjà à une facturation individuelle et directe de leurs actes et consultations (selon la norme B2), les modalités de facturations des actes et consultations externes des patients écroués s'effectuent dans les conditions identiques à celles définies s'agissant des séjours en établissements ex OQN (point 3.2.).

En tout état de cause et indépendamment du circuit de remboursement, il est nécessaire que les actes et consultations des patients écroués réalisés dans un établissement de santé ne donnent plus lieu à émission par l'établissement d'une facture à la DAP.

5

3.2. La facturation dans les établissements ex-OQN

S'agissant des prestations réalisées par des établissements relevant de l'échelle tarifaire privée (mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale - dits établissements ex OQN), la facturation prend la forme d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie.

Le séjour d'une personne écrouée dans un établissement ex-OQN ne doit donc plus donner lieu à émission par l'établissement d'une facture à la DAP du reste à charge.

Lors de la facturation en norme B2 CP, l'intégralité de la dépense sera facturée en part obligatoire à l'assurance maladie. Pour ce faire et afin de permettre la prise en charge du forfait journalier et de la participation forfaitaire de 18€, l'établissement devra indiquer :

- Le code justification de l'exonération (type 2 pos 79) doit être à « 5=assuré ou bénéficiaire exonéré » ;
- Le code nature assurance (type 2 pos 77-78) doit être à « 10 » ;
- La prise en charge du TMF (type 3 pos 117) doit être à « blanc » ;
- Le code prise en charge du forfait journalier (type 3 pos 70) doit être à « R » ;
- La prestation à utiliser en forfait journalier de sortie doit être « FJR » ;
- Le code d'indicateur du Parcours de Soins (type 2S pos 121) doit être indiqué « A » dans tous les cas.

Remarque :

Lors de la phase de démarrage de la mesure, des rejets sur des prestations délivrées en 2015 pourraient se déclencher

Les établissements sont invités à prendre contact avec les caisses qui recycleront ces factures afin d'assurer le paiement des prestations.

Pour la ministre et par délégation,
J.DEBEAUPUIS
Directeur Général de l'Offre de Soins
T.FATOME
Directeur de la Sécurité Sociale
P.RICORDEAU
Secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales

Droit à l'entrée en France (CESEDA)

Article L211-1

Pour entrer en France, tout étranger doit être muni :

1° Des documents et visas exigés par les conventions internationales et les règlements en vigueur ;

2° Sous réserve des conventions internationales, du justificatif d'hébergement prévu à [l'article L. 211-3](#), s'il est requis, et des autres documents prévus par décret en Conseil d'Etat relatifs, d'une part, à l'objet et aux conditions de son séjour et, d'autre part, s'il y a lieu, à ses moyens d'existence, à la prise en charge par un opérateur d'assurance agréé des dépenses médicales et hospitalières, y compris d'aide sociale, résultant de soins qu'il pourrait engager en France, ainsi qu'aux garanties de son rapatriement ;

3° Des documents nécessaires à l'exercice d'une activité professionnelle s'il se propose d'en exercer une.

Article R211-1

Un arrêté du ministre chargé de l'immigration détermine la nature des documents prévus au 1° de l'article [L. 211-1](#) sous le couvert desquels les étrangers sont admis à franchir la frontière.

L'admission sur le territoire français d'un étranger porteur d'un visa peut être subordonnée à un examen de ses empreintes digitales, aux fins de comparaison avec les données enregistrées dans le traitement automatisé mentionné à l'article [L. 611-6](#) lors de la présentation de la demande de visa.

Article R211-2

Tout étranger qui déclare vouloir séjourner en France pour une durée n'excédant pas trois mois est tenu de présenter, pour être admis sur le territoire français, outre les documents et visas mentionnés au 1° de l'article L. 211-1, les documents mentionnés au 2° du même article et définis aux sections 3 et 4 du présent chapitre.

Statut étranger malade (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA))

Autorisation provisoire de séjour pour soins en France

Voir <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17164> et <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17336> accédé le 09/03/2016

Droit au séjour en France (Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA))

Article L311-1

Sous réserve des engagements internationaux de la France ou de l'article L. 121-1, tout

étranger âgé de plus de dix-huit ans qui souhaite séjourner en France pour une durée supérieure à trois mois doit être titulaire de l'un des documents de séjour suivants :

- « 1° Un visa de long séjour, d'une durée maximale d'un an ;
- « 2° Un visa de long séjour, d'une durée maximale d'un an, conférant à son titulaire, en application du troisième alinéa de l'article L. 211-2-1, les droits attachés à une carte de séjour temporaire ou à la carte de séjour pluriannuelle prévue aux articles L. 313-20 et L. 313-21 lorsque le séjour envisagé sur ce fondement est d'une durée inférieure ou égale à un an ;
- « 3° Une carte de séjour temporaire, d'une durée maximale d'un an, dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues au chapitre III du présent titre ;
- « 4° Une carte de séjour pluriannuelle, d'une durée maximale de quatre ans, dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues au même chapitre III ;
- « 5° Une carte de résident, d'une durée de dix ans ou à durée indéterminée, dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues au chapitre IV du présent titre ;
- « 6° Une carte de séjour portant la mention "retraité", d'une durée de dix ans, dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues au chapitre VII du présent titre.

« L'étranger qui séjourne au titre de l'un des documents mentionnés aux 2° et 3° du présent article peut solliciter la délivrance d'une carte de séjour pluriannuelle ou d'une carte de résident dans les conditions prévues, respectivement, à l'article L. 313-17 et aux articles L. 314-8 à L. 314-12, sous réserve des exceptions prévues par les dispositions législatives du présent code. »

L211-2-1

« Tout étranger souhaitant entrer en France en vue d'y séjourner pour une durée supérieure à trois mois doit solliciter auprès des autorités diplomatiques et consulaires françaises un visa de long séjour. La durée de validité de ce visa ne peut être supérieure à un an.

Article L311-2

La carte prévue à [l'article L. 311-1](#) est :

1° Soit une carte de séjour temporaire, dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues aux chapitres III et VI du présent titre. La carte de séjour temporaire est valable pour une durée maximale d'un an. L'étranger qui séjourne sous couvert d'une carte de séjour temporaire peut solliciter la délivrance d'une carte de résident dans les conditions prévues aux [articles L. 314-8 à L. 314-12](#), sous réserve des exceptions prévues par les dispositions législatives du présent code ;

2° Soit une carte de résident, dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues au chapitre IV du présent titre. La carte de résident est valable pour une durée de dix ans. Elle est renouvelable de plein droit, sauf dans les cas prévus par le présent code ;

3° Soit une carte de séjour "compétences et talents", dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues au chapitre V du présent titre. La carte de séjour "compétences et talents" est valable pour une durée de trois ans. L'étranger qui séjourne sous couvert d'une carte de séjour "compétences et talents" peut solliciter la délivrance d'une carte de résident dans les conditions prévues aux articles L. 314-8 à L. 314-12 ;

4° Soit une carte de séjour portant la mention "retraité", dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont prévues au chapitre VII du présent titre. La carte de séjour "retraité" est valable pour une durée de dix ans. Elle est renouvelable de plein droit.

Article L311-4

La détention d'une attestation de demande de délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour, d'une attestation de demande d'asile ou d'une autorisation provisoire de séjour autorise la présence de l'étranger en France sans préjuger de la décision définitive qui sera prise au regard de son droit au séjour. Sauf dans les cas expressément prévus par la loi ou les règlements, ces documents n'autorisent pas leurs titulaires à exercer une activité professionnelle.

Entre la date d'expiration de la carte de résident ou d'un titre de séjour d'une durée

supérieure à un an prévu par une stipulation internationale et la décision prise par l'autorité administrative sur la demande tendant à son renouvellement, dans la limite de trois mois à compter de cette date d'expiration, l'étranger peut également justifier de la régularité de son séjour par la présentation de la carte ou du titre arrivé à expiration. Pendant cette période, il conserve l'intégralité de ses droits sociaux ainsi que son droit d'exercer une activité professionnelle.

NOTA : Conformément à l'article 35 III de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, l'article L. 311-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux demandes d'asile présentées à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015.

Article L311-5

La délivrance d'une autorisation provisoire de séjour, d'un récépissé de demande de titre de séjour ou d'une attestation mentionnée aux [articles L. 741-1, L. 742-1](#) ou [L. 743-1](#) n'a pas pour effet de régulariser les conditions de l'entrée en France, sauf s'il s'agit d'un étranger qui s'est vu reconnaître la qualité de réfugié ou accorder le bénéfice de la protection subsidiaire en application du livre VII.

NOTA : Conformément à l'article 35 III de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, l'article L. 311-5 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux demandes d'asile présentées à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015.

Article L313-6

La carte de séjour temporaire délivrée à l'étranger qui apporte la preuve qu'il peut vivre de ses seules ressources et qui prend l'engagement de n'exercer en France aucune activité professionnelle porte la mention "visiteur".

Article L313-7

I.-La carte de séjour temporaire accordée à l'étranger qui établit qu'il suit en France un enseignement ou qu'il y fait des études et qui justifie qu'il dispose de moyens d'existence suffisants porte la mention "étudiant". En cas de nécessité liée au déroulement des études ou lorsque l'étranger a suivi sans interruption une scolarité en France depuis l'âge de seize ans et y poursuit des études supérieures, l'autorité administrative peut accorder cette carte de séjour sans que la condition prévue à [l'article L. 311-7](#) soit exigée et sous réserve d'une entrée régulière en France.

II.-Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte mentionnée au I est accordée de plein droit :

- 1° A l'étranger auquel un visa pour un séjour d'une durée supérieure à trois mois a été accordé dans le cadre d'une convention signée entre l'Etat et un établissement d'enseignement supérieur et qui est inscrit dans cet établissement ;
- 2° A l'étranger ayant satisfait aux épreuves du concours d'entrée dans un établissement d'enseignement supérieur ayant signé une convention avec l'Etat ;
- 3° A l'étranger boursier du Gouvernement français ;
- 4° A l'étranger titulaire du baccalauréat français préparé dans un établissement relevant de l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger ou titulaire d'un diplôme équivalent et ayant suivi pendant au moins trois ans une scolarité dans un établissement français de l'étranger ;
- 5° A l'étranger ressortissant d'un pays ayant signé avec la France un accord de réciprocité relatif à l'admission au séjour des étudiants.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application des dispositions du présent article, en particulier en ce qui concerne les ressources exigées, les conditions d'inscription dans un établissement d'enseignement et celles dans lesquelles l'étranger entrant dans les prévisions du 2° peut être dispensé de l'obligation prévue à l'article L. 311-7.

Article L313-10

La carte de séjour temporaire autorisant l'exercice d'une activité professionnelle est délivrée :
1° A l'étranger titulaire d'un contrat de travail visé conformément aux [dispositions de l'article L. 341-2 du code du travail](#).

Pour l'exercice d'une activité professionnelle salariée dans un métier et une zone géographique caractérisés par des difficultés de recrutement et figurant sur une liste établie au plan national par l'autorité administrative, après consultation des organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives, l'étranger se voit délivrer cette carte sans que lui soit opposable la situation de l'emploi sur le fondement du même article L. 341-2.

La carte porte la mention "salarié" lorsque l'activité est exercée pour une durée supérieure ou égale à douze mois. Elle porte la mention "travailleur temporaire" lorsque l'activité est exercée pour une durée déterminée inférieure à douze mois. Si la rupture du contrat de travail du fait de l'employeur intervient dans les trois mois précédant le renouvellement de la carte portant la mention "salarié", une nouvelle carte lui est délivrée pour une durée d'un an ;
2° A l'étranger qui vient exercer une profession commerciale, industrielle ou artisanale, à condition notamment qu'il justifie d'une activité économiquement viable et compatible avec la sécurité, la salubrité et la tranquillité publiques et qu'il respecte les obligations imposées aux nationaux pour l'exercice de la profession envisagée. Elle porte la mention de la profession que le titulaire entend exercer. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent 2° ;

3° A l'étranger qui vient exercer une activité professionnelle non soumise à l'autorisation prévue à l'article L. 341-2 du code du travail et qui justifie pouvoir vivre de ses seules ressources.

Elle porte la mention de l'activité que le titulaire entend exercer ;

4° A l'étranger titulaire d'un contrat de travail saisonnier entrant dans les prévisions du [3° de l'article L. 122-1-1 du code du travail](#) et qui s'engage à maintenir sa résidence habituelle hors de France.

Cette carte lui permet d'exercer des travaux saisonniers n'excédant pas six mois sur douze mois consécutifs. Par dérogation aux articles L. 311-2 et L. 313-1 du présent code, elle est accordée pour une durée maximale de trois ans renouvelable. Elle donne à son titulaire le droit de séjourner en France pendant la ou les périodes qu'elle fixe et qui ne peuvent dépasser une durée cumulée de six mois par an.

Les modalités permettant à l'autorité administrative de s'assurer du respect, par le titulaire de cette carte, des durées maximales autorisées de séjour en France et d'exercice d'une activité professionnelle sont fixées par décret.

Elle porte la mention "travailleur saisonnier" ;

5° A l'étranger détaché par un employeur établi hors de France lorsque ce détachement s'effectue entre établissements d'une même entreprise ou entre entreprises d'un même groupe, conformément au [2° du I de l'article L. 342-1 du code du travail](#), à la condition que l'étranger justifie d'un contrat de travail datant d'au moins trois mois, que la rémunération brute du salarié soit au moins égale à 1,5 fois le salaire minimum de croissance et sans que lui soit opposable la situation de l'emploi sur le fondement du même article L. 341-2.

Elle porte la mention "salarié en mission".

Cette carte de séjour a une durée de validité de trois ans renouvelable et permet à son titulaire d'entrer en France à tout moment pour y être employé dans un établissement ou dans une entreprise mentionnée au 2° du I du même article L. 342-1.

L'étranger titulaire d'un contrat de travail avec une entreprise établie en France, lorsque l'introduction de cet étranger en France s'effectue entre établissements d'une même entreprise ou entre entreprises d'un même groupe, bénéficie également de la carte mentionnée au troisième alinéa du présent 5° à condition que sa rémunération brute soit au moins égale à 1,5 fois le salaire minimum de croissance et sans que lui soit opposable la situation de l'emploi sur le fondement du même article L. 341-2.

Le conjoint, s'il est âgé d'au moins dix-huit ans, et les enfants entrés mineurs en France dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3 du présent code, d'un étranger titulaire d'une carte "salarié en mission" bénéficient de

plein droit de la carte de séjour mentionnée au 3° de l'article L. 313-11 dès lors que le contrat de travail du salarié en mission prévoit une résidence ininterrompue en France de plus de six mois. La carte de séjour ainsi accordée est renouvelée de plein droit durant la période de validité restant à courir de la carte "salarié en mission" susmentionnée, dès lors que le titulaire de cette dernière carte continue de résider plus de six mois par an en France de manière ininterrompue pendant la période de validité de sa carte.

6° A l'étranger titulaire d'un contrat de travail visé conformément au [2° de l'article L. 5221-2 du code du travail](#), d'une durée égale ou supérieure à un an, pour un emploi dont la rémunération annuelle brute est au moins égale à une fois et demie le salaire moyen annuel de référence, et qui est titulaire d'un diplôme sanctionnant au moins trois années d'études supérieures délivré par un établissement d'enseignement supérieur reconnu par l'Etat dans lequel cet établissement se situe ou qui justifie d'une expérience professionnelle d'au moins cinq ans d'un niveau comparable, sans que lui soit opposable la situation de l'emploi. Un arrêté du ministre chargé de l'immigration fixe chaque année le montant du salaire moyen annuel de référence.

Elle porte la mention "carte bleue européenne".

Par dérogation aux articles L. 311-2 et L. 313-1 du présent code, cette carte de séjour a une durée de validité maximale de trois ans et est renouvelable. Dans le cas où le contrat de travail est d'une durée égale ou supérieure à un an et inférieure à trois ans, la carte de séjour temporaire portant la mention "carte bleue européenne" est délivrée ou renouvelée pour la durée du contrat de travail.

Le conjoint, s'il est âgé d'au moins dix-huit ans, et les enfants entrés mineurs en France dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3 d'un étranger titulaire d'une carte de séjour temporaire portant la mention "carte bleue européenne" bénéficient de plein droit de la carte de séjour mentionnée au 3° de l'article L. 313-11.

L'étranger qui justifie avoir séjourné au moins dix-huit mois dans un autre Etat membre de l'Union européenne sous couvert d'une carte bleue européenne délivrée par cet Etat obtient la carte de séjour temporaire portant la mention "carte bleue européenne", sous réserve qu'il remplisse les conditions mentionnées au premier alinéa du présent 6° et qu'il en fasse la demande dans le mois qui suit son entrée en France, sans que soit exigé le respect de la condition prévue à l'article L. 311-7.

Son conjoint et ses enfants tels que définis au quatrième alinéa du présent 6° lorsque la famille était déjà constituée dans l'autre Etat membre bénéficient de plein droit de la carte de séjour temporaire prévue au 3° de l'article L. 313-11 à condition qu'ils en fassent la demande dans le mois qui suit leur entrée en France, sans que soit exigé le respect de la condition prévue à l'article L. 311-7.

La carte de séjour accordée conformément aux quatrième et sixième alinéas du présent 6° est renouvelée de plein droit durant la période de validité restant à courir de la "carte bleue européenne".

Le conjoint titulaire de la carte de séjour mentionnée au 3° de l'article L. 313-11 bénéficie de plein droit, lorsqu'il justifie d'une durée de résidence de cinq ans, du renouvellement de celle-ci indépendamment de la situation du titulaire de la carte de séjour temporaire portant la mention "carte bleue européenne" au regard du droit de séjour sans qu'il puisse se voir opposer l'absence de lien matrimonial.

Il en va de même pour les enfants devenus majeurs qui se voient délivrer de plein droit la carte de séjour mentionnée au 3° de l'article L. 313-11 lorsqu'ils justifient d'une durée de résidence de cinq ans.

Article L313-11

Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit :

1° A l'étranger dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3, dont l'un des parents au moins est titulaire de la carte de séjour pluriannuelle ou de la carte de résident, ainsi qu'à l'étranger entré en France

régulièrement dont le conjoint est titulaire de l'une ou de l'autre de ces cartes, s'ils ont été autorisés à séjourner en France au titre du regroupement familial dans les conditions prévues au livre IV ;

2° A l'étranger dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3, qui justifie par tout moyen avoir résidé habituellement en France avec au moins un de ses parents légitimes, naturels ou adoptifs depuis qu'il a atteint au plus l'âge de treize ans ou, à Mayotte, depuis qu'il a atteint au plus l'âge de treize ans, avec au moins un de ses parents légitimes, naturels ou adoptifs titulaire de la carte de séjour temporaire ou de la carte de résident, la filiation étant établie dans les conditions prévues à [l'article L. 314-11](#) ; la condition prévue à [l'article L. 311-7](#) n'est pas exigée ;

2° bis A l'étranger dans l'année qui suit son dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3, qui a été confié, depuis qu'il a atteint au plus l'âge de seize ans, au service de l'aide sociale à l'enfance et sous réserve du caractère réel et sérieux du suivi de la formation, de la nature de ses liens avec la famille restée dans le pays d'origine et de l'avis de la structure d'accueil sur l'insertion de cet étranger dans la société française. La condition prévue à l'article L. 311-7 n'est pas exigée ;

4° A l'étranger ne vivant pas en état de polygamie, marié avec un ressortissant de nationalité française, à condition que la communauté de vie n'ait pas cessé depuis le mariage, que le conjoint ait conservé la nationalité française et, lorsque le mariage a été célébré à l'étranger, qu'il ait été transcrit préalablement sur les registres de l'état civil français ;

5° (Alinéa abrogé) ;

6° A l'étranger ne vivant pas en état de polygamie, qui est père ou mère d'un enfant français mineur résidant en France, à la condition qu'il établisse contribuer effectivement à l'entretien et à l'éducation de l'enfant dans les conditions prévues par [l'article 371-2 du code civil](#) depuis la naissance de celui-ci ou depuis au moins deux ans, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée ;

7° A l'étranger ne vivant pas en état de polygamie, qui n'entre pas dans les catégories précédentes ou dans celles qui ouvrent droit au regroupement familial, dont les liens personnels et familiaux en France, appréciés notamment au regard de leur intensité, de leur ancienneté et de leur stabilité, des conditions d'existence de l'intéressé, de son insertion dans la société française ainsi que de la nature de ses liens avec la famille restée dans le pays d'origine, sont tels que le refus d'autoriser son séjour porterait à son droit au respect de sa vie privée et familiale une atteinte disproportionnée au regard des motifs du refus, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée. L'insertion de l'étranger dans la société française est évaluée en tenant compte notamment de sa connaissance des valeurs de la République ;

8° A l'étranger né en France qui justifie par tout moyen y avoir résidé pendant au moins huit ans de façon continue et suivi, après l'âge de dix ans, une scolarité d'au moins cinq ans dans un établissement scolaire français, à la condition qu'il fasse sa demande entre l'âge de seize ans et l'âge de vingt et un ans, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée ;

9° A l'étranger titulaire d'une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle servie par un organisme français et dont le taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 20 %, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée ;

10° A l'étranger qui a obtenu le statut d'apatride en application du titre Ier bis du livre VIII du présent code, ainsi qu'à son conjoint et à ses enfants dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3, lorsque le mariage est antérieur à la date de cette obtention ou, à défaut, lorsqu'il a été célébré depuis au moins un an, sous réserve d'une communauté de vie effective entre les époux, sans que la condition prévue à l'article L. 311-7 soit exigée ;

11° À l'étranger résidant habituellement en France, si son état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait avoir pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité et si, eu égard à l'offre de soins et aux caractéristiques du système de santé dans le pays dont il est originaire, il ne pourrait pas y bénéficier effectivement d'un traitement approprié. La condition prévue à l'article L. 313-2 n'est pas exigée. La décision de délivrer la carte de séjour est prise par l'autorité administrative après avis d'un collègue de

médecins du service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Les médecins de l'office accomplissent cette mission dans le respect des orientations générales fixées par le ministre chargé de la santé. Chaque année, un rapport présente au Parlement l'activité réalisée au titre du présent 11° par le service médical de l'Office français de l'immigration et de l'intégration ainsi que les données générales en matière de santé publique recueillies dans ce cadre.

Article L313-11-1

I.-La carte de séjour temporaire prévue à [l'article L. 313-11](#) est délivrée, sous réserve qu'il en fasse la demande dans les trois mois qui suivent son entrée en France et sans que la condition prévue à [l'article L. 311-7](#) soit exigée, au conjoint d'un étranger titulaire du statut de résident de longue durée-CE dans un autre Etat membre de l'Union européenne et d'une carte de séjour temporaire délivrée en application de [l'article L. 313-4-1](#), s'il justifie avoir résidé légalement avec le résident de longue durée-CE dans l'autre Etat membre, disposer de ressources stables et suffisantes ainsi que d'une assurance maladie.

II.-La carte de séjour dont la délivrance est prévue au I est également délivrée à l'enfant entré mineur en France d'un étranger titulaire du statut de résident de longue durée-CE dans un autre Etat membre de l'Union européenne et d'une carte de séjour temporaire délivrée en application de l'article L. 313-4-1 lorsqu'il atteint l'âge de dix-huit ans, sous réserve qu'il en fasse la demande dans les trois mois qui suivent son dix-huitième anniversaire ou lorsqu'il entre dans les prévisions de [l'article L. 311-3](#).

L'enfant doit justifier avoir résidé légalement avec le résident de longue durée-CE dans l'autre Etat membre et disposer d'une assurance maladie. Il doit également disposer de ressources stables et suffisantes ou être pris en charge par son parent titulaire de la carte de séjour temporaire délivrée en application de l'article L. 313-4-1.

La condition prévue à l'article L. 311-7 n'est pas exigée.

L'enfant mentionné au premier alinéa du présent II est celui qui répond à l'une des définitions données aux [articles L. 411-1 à L. 411-4](#).

III.-Pour l'application des I et II, sont prises en compte toutes les ressources propres du demandeur et, le cas échéant, de son conjoint ou parent, indépendamment des prestations familiales et des allocations prévues à [l'article L. 262-1](#) du code de l'action sociale et des familles, à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale et aux articles L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-1 du code du travail. Les ressources doivent atteindre un montant qui tient compte de la taille de la famille du demandeur. Un décret en Conseil d'Etat fixe ce montant qui doit être au moins égal au salaire minimum de croissance mensuel et au plus égal à ce salaire majoré d'un cinquième.

Le caractère suffisant des ressources au regard des conditions de logement fait l'objet d'un avis du maire de la commune de résidence du demandeur. Cet avis est réputé favorable à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la saisine du maire par l'autorité administrative.

IV.-La date d'expiration de la carte de séjour temporaire délivrée dans les conditions définies au présent article ne peut être postérieure à celle de la carte de séjour temporaire délivrée, en application de l'article L. 313-4-1, à l'étranger titulaire du statut de résident de longue durée-CE dans un autre Etat membre de l'Union européenne.

V.-Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.

Article L313-13

Sauf si leur présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire mentionnée à [l'article L. 313-11](#) est délivrée de plein droit :

1° A l'étranger qui a obtenu le bénéfice de la protection subsidiaire en application de [l'article L. 712-1](#) ;

2° A son conjoint, son partenaire avec lequel il est lié par une union civile ou son concubin, s'il a été autorisé à séjourner en France au titre de la réunification familiale dans les conditions prévues à [l'article L. 752-1](#) ;

3° A son conjoint ou au partenaire avec lequel il est lié par une union civile, âgé d'au moins

dix-huit ans, si le mariage ou l'union civile est postérieur à la date d'introduction de sa demande d'asile, à condition que le mariage ou l'union civile ait été célébré depuis au moins un an et sous réserve d'une communauté de vie effective entre époux ou partenaires ;
4° A ses enfants dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de [l'article L. 311-3](#) ;

5° A ses ascendants directs au premier degré si l'étranger qui a obtenu le bénéfice de la protection est un mineur non marié.

Sans préjudice du troisième alinéa du II de l'article L. 752-1, la condition prévue à [l'article L. 311-7](#) n'est pas exigée.

Le délai pour la délivrance de la carte de séjour temporaire après la décision d'octroi de la protection subsidiaire par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Cour nationale du droit d'asile est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Par dérogation aux [articles L. 311-2](#) et [L. 313-1](#), la carte délivrée au titre du présent article est renouvelable dans les mêmes conditions pour une durée de deux ans. Elle donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle.

Article L313-14

La carte de séjour temporaire mentionnée à l'article [L. 313-11](#) ou la carte de séjour temporaire mentionnée au 1° de [l'article L. 313-10](#) peut être délivrée, sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, à l'étranger ne vivant pas en état de polygamie dont l'admission au séjour répond à des considérations humanitaires ou se justifie au regard des motifs exceptionnels qu'il fait valoir, sans que soit opposable la condition prévue à l'article [L. 311-7](#).

L'autorité administrative est tenue de soumettre pour avis à la commission mentionnée à l'article [L. 312-1](#) la demande d'admission exceptionnelle au séjour formée par l'étranger qui justifie par tout moyen résider en France habituellement depuis plus de dix ans.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.

Article L314-8

Tout étranger qui justifie d'une résidence ininterrompue d'au moins cinq années en France, conforme aux lois et règlements en vigueur, sous couvert de l'une des cartes de séjour mentionnées aux [articles L. 313-6](#), [L. 313-8](#) et [L. 313-9](#), aux 1°, 2° et 3° de [l'article L. 313-10](#), aux [articles L. 313-11](#), [L. 313-11-1](#), [L. 313-14](#) et [L. 314-9](#), aux 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° et 9° de [l'article L. 314-11](#) et aux [articles L. 314-12](#) et [L. 315-1](#) peut obtenir une carte de résident portant la mention " résident de longue durée-CE " s'il dispose d'une assurance maladie. Les années de résidence, sous couvert d'une carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " retirée par l'autorité administrative sur le fondement d'un mariage ayant eu pour seules fins d'obtenir un titre de séjour ou d'acquérir la nationalité française, ne peuvent être prises en compte pour obtenir la carte de résident. La décision d'accorder ou de refuser cette carte est prise en tenant compte des faits qu'il peut invoquer à l'appui de son intention de s'établir durablement en France, notamment au regard des conditions de son activité professionnelle s'il en a une, et de ses moyens d'existence.

Les moyens d'existence du demandeur sont appréciés au regard de ses ressources qui doivent être stables et suffisantes pour subvenir à ses besoins. Sont prises en compte toutes les ressources propres du demandeur indépendamment des prestations familiales et des allocations prévues aux [articles L. 262-1](#) du code de l'action sociale et des familles et [L. 351-9](#), [L. 351-10](#) et [L. 351-10-1](#) du code du travail. Ces ressources doivent atteindre un montant au moins égal au salaire minimum de croissance et sont appréciées au regard des conditions de logement.

Le caractère suffisant des ressources au regard des conditions de logement fait l'objet d'un avis du maire de la commune de résidence du demandeur. Cet avis est réputé favorable à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la saisine du maire par l'autorité administrative.

Article L314-8-1

L'étranger titulaire de la carte de séjour temporaire prévue au 6° de [l'article L. 313-10](#) peut se voir délivrer une carte de résident portant la mention " résident de longue durée-CE " s'il justifie d'une résidence ininterrompue, conforme aux lois et règlements en vigueur, d'au moins cinq années sur le territoire d'un Etat membre de l'Union européenne sous couvert d'une carte bleue européenne, dont, en France, les deux années précédant sa demande de délivrance de la carte de résident.

Les absences du territoire de l'Union européenne ne suspendent pas le calcul de la période mentionnée à l'alinéa précédent si elles ne s'étendent pas sur plus de douze mois consécutifs et ne dépassent pas au total dix-huit mois sur l'ensemble de cette période de résidence ininterrompue d'au moins cinq années.

L'étranger titulaire de la carte de séjour temporaire prévue au même 6° doit également justifier de son intention de s'établir durablement en France dans les conditions prévues à [l'article L. 314-8](#).

Son conjoint et ses enfants dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de [l'article L. 311-3](#), admis en France conformément au 6° de [l'article L. 313-10](#), peuvent se voir délivrer une carte de résident portant la mention " résident de longue durée-CE " dans les conditions prévues à [l'article L. 314-8](#).

Article L314-8

Tout étranger qui justifie d'une résidence ininterrompue d'au moins cinq années en France, conforme aux lois et règlements en vigueur, sous couvert de l'une des cartes de séjour mentionnées aux [articles L. 313-6](#), [L. 313-8](#) et [L. 313-9](#), aux 1°, 2° et 3° de [l'article L. 313-10](#), aux [articles L. 313-11](#), [L. 313-11-1](#), [L. 313-14](#) et [L. 314-9](#), aux 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7° et 9° de [l'article L. 314-11](#) et aux [articles L. 314-12](#) et [L. 315-1](#) peut obtenir une carte de résident portant la mention " résident de longue durée-CE " s'il dispose d'une assurance maladie. Les années de résidence, sous couvert d'une carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " retirée par l'autorité administrative sur le fondement d'un mariage ayant eu pour seules fins d'obtenir un titre de séjour ou d'acquérir la nationalité française, ne peuvent être prises en compte pour obtenir la carte de résident. La décision d'accorder ou de refuser cette carte est prise en tenant compte des faits qu'il peut invoquer à l'appui de son intention de s'établir durablement en France, notamment au regard des conditions de son activité professionnelle s'il en a une, et de ses moyens d'existence.

Les moyens d'existence du demandeur sont appréciés au regard de ses ressources qui doivent être stables et suffisantes pour subvenir à ses besoins. Sont prises en compte toutes les ressources propres du demandeur indépendamment des prestations familiales et des allocations prévues aux [articles L. 262-1](#) du code de l'action sociale et des familles et [L. 351-9](#), [L. 351-10](#) et [L. 351-10-1](#) du code du travail. Ces ressources doivent atteindre un montant au moins égal au salaire minimum de croissance et sont appréciées au regard des conditions de logement.

Le caractère suffisant des ressources au regard des conditions de logement fait l'objet d'un avis du maire de la commune de résidence du demandeur. Cet avis est réputé favorable à l'expiration d'un délai de deux mois à compter de la saisine du maire par l'autorité administrative.

Article L314-8-2

L'étranger titulaire de la carte de résident prévue au 8° de [l'article L. 314-11](#), du fait de la reconnaissance de la qualité de réfugié, ou de la carte de séjour temporaire prévue à [l'article L. 313-13](#), du fait de l'octroi du bénéfice de la protection subsidiaire, peut se voir délivrer une carte de résident portant la mention : " résident de longue durée-UE ", dans les conditions prévues à [l'article L. 314-8](#).

Par dérogation au premier alinéa de [l'article L. 314-8](#), est prise en compte, dans le calcul des cinq années de résidence régulière ininterrompue, la période comprise entre la date de dépôt de la demande d'asile, sur la base de laquelle a été reconnue la qualité de réfugié ou accordé le bénéfice de la protection subsidiaire, et la date de délivrance de la carte de

résident prévue au 8° de l'article L. 314-11 ou de la carte de séjour temporaire prévue à l'article [L. 313-13](#).

Son conjoint, le partenaire avec lequel il est lié par une union civile, son concubin et ses enfants dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article [L. 311-3](#), admis en France conformément au 8° de l'article L. 314-11 ou à l'article L. 313-13, peuvent se voir délivrer une carte de résident portant la mention : " résident de longue durée-UE ", dans les conditions prévues à l'article L. 314-8.

Article L314-9

La carte de résident peut être accordée :

1° Au conjoint et aux enfants dans l'année qui suit leur dix-huitième anniversaire ou entrant dans les prévisions de l'article L. 311-3, d'un étranger titulaire de la carte de résident, qui ont été autorisés à séjourner en France au titre du regroupement familial dans les conditions prévues au livre IV et qui justifient d'une résidence non interrompue, conforme aux lois et règlements en vigueur, d'au moins trois années en France ;

2° A l'étranger qui est père ou mère d'un enfant français résidant en France et titulaire depuis au moins trois années de la carte de séjour temporaire mentionnée au 6° de [l'article L. 313-11](#), sous réserve qu'il remplisse encore les conditions prévues pour l'obtention de cette carte de séjour temporaire et qu'il ne vive pas en état de polygamie.

L'enfant visé au présent article s'entend de l'enfant ayant une filiation légalement établie, y compris l'enfant adopté, en vertu d'une décision d'adoption, sous réserve de la vérification par le ministère public de la régularité de cette décision lorsqu'elle a été prononcée à l'étranger ;

3° A l'étranger marié depuis au moins trois ans avec un ressortissant de nationalité française, à condition qu'il séjourne régulièrement en France, que la communauté de vie entre les époux n'ait pas cessé depuis le mariage, que le conjoint ait conservé la nationalité française et, lorsque le mariage a été célébré à l'étranger, qu'il ait été transcrit préalablement sur les registres de l'état civil français.

Pour l'application des 2° et 3° du présent article à Mayotte, la condition prévue dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 314-8 s'applique.

Article L431-1

Les membres de la famille entrés en France régulièrement au titre du regroupement familial reçoivent de plein droit une carte de séjour temporaire, dès qu'ils sont astreints à la détention d'un titre de séjour.

Le titre de séjour délivré à la personne autorisée à séjourner au titre du regroupement familial confère à son titulaire, dès la délivrance de ce titre, le droit d'exercer toute activité professionnelle de son choix dans le cadre de la législation en vigueur.

Article L431-2

En cas de rupture de la vie commune ne résultant pas du décès de l'un des conjoints, le titre de séjour qui a été remis au conjoint d'un étranger peut, pendant les trois années suivant l'autorisation de séjourner en France au titre du regroupement familial, faire l'objet d'un retrait ou d'un refus de renouvellement.

Lorsque la rupture de la vie commune est antérieure à la demande de titre, l'autorité administrative refuse de l'accorder.

Les dispositions du premier alinéa ne s'appliquent pas si un ou plusieurs enfants sont nés de cette union, lorsque l'étranger est titulaire de la carte de résident et qu'il établit contribuer effectivement, depuis la naissance, à l'entretien et à l'éducation du ou des enfants dans les conditions prévues à [l'article 371-2 du code civil](#).

En outre, lorsque l'étranger a subi des violences conjugales de la part de son conjoint et que la communauté de vie a été rompue, l'autorité administrative ne peut procéder au retrait du titre de séjour de l'étranger admis au séjour au titre du regroupement familial et peut en accorder le renouvellement. En cas de violence commise après l'arrivée en France du

conjoint mais avant la première délivrance de la carte de séjour temporaire, le conjoint se voit délivrer, sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, une carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale ".

Article L411-1

Le ressortissant étranger qui séjourne régulièrement en France depuis au moins dix-huit mois, sous couvert d'un des titres d'une durée de validité d'au moins un an prévus par le présent code ou par des conventions internationales, peut demander à bénéficier de son droit à être rejoint, au titre du regroupement familial, par son conjoint, si ce dernier est âgé d'au moins dix-huit ans, et les enfants du couple mineurs de dix-huit ans.

Article L411-2

Le regroupement familial peut également être sollicité pour les enfants mineurs de dix-huit ans du demandeur et ceux de son conjoint dont, au jour de la demande, la filiation n'est établie qu'à l'égard du demandeur ou de son conjoint ou dont l'autre parent est décédé ou déchu de ses droits parentaux.

Article L411-5

Le regroupement familial ne peut être refusé que pour l'un des motifs suivants :

- 1° Le demandeur ne justifie pas de ressources stables et suffisantes pour subvenir aux besoins de sa famille. Sont prises en compte toutes les ressources du demandeur et de son conjoint indépendamment des prestations familiales et des allocations prévues à [l'article L. 262-1](#) du code de l'action sociale et des familles, à [l'article L. 815-1](#) du code de la sécurité sociale et aux [articles L. 351-9, L. 351-10 et L. 351-10-1](#) du code du travail. Les ressources doivent atteindre un montant qui tient compte de la taille de la famille du demandeur. Le décret en Conseil d'Etat prévu à [l'article L. 441-1](#) fixe ce montant qui doit être au moins égal au salaire minimum de croissance mensuel et au plus égal à ce salaire majoré d'un cinquième. Ces dispositions ne sont pas applicables lorsque la personne qui demande le regroupement familial est titulaire de l'allocation aux adultes handicapés mentionnée à [l'article L. 821-1](#) du code de la sécurité sociale ou de l'allocation supplémentaire mentionnée à [l'article L. 815-24](#) du même code ;
- 2° Le demandeur ne dispose pas ou ne disposera pas à la date d'arrivée de sa famille en France d'un logement considéré comme normal pour une famille comparable vivant dans la même région géographique ;
- 3° Le demandeur ne se conforme pas aux principes essentiels qui, conformément aux lois de la République, régissent la vie familiale en France, pays d'accueil.

Article L411-6

Peut être exclu du regroupement familial :

- 1° Un membre de la famille dont la présence en France constituerait une menace pour l'ordre public ;
- 2° Un membre de la famille atteint d'une maladie inscrite au règlement sanitaire international ;
- 3° Un membre de la famille résidant en France.

Article L411-8

Pour lui permettre de préparer son intégration républicaine dans la société française, le ressortissant étranger âgé de plus de seize ans et de moins de soixante-cinq ans pour lequel le regroupement familial est sollicité bénéficie, dans son pays de résidence, d'une évaluation de son degré de connaissance de la langue et des valeurs de la République. Si cette évaluation en établit le besoin, l'autorité administrative organise à l'intention de l'étranger, dans son pays de résidence, une formation dont la durée ne peut excéder deux mois, au terme de laquelle il fait l'objet d'une nouvelle évaluation de sa connaissance de la langue et des valeurs de la République. La délivrance du visa est subordonnée à la production d'une attestation de suivi de cette formation. Cette attestation est délivrée immédiatement à l'issue de la formation. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application de ces

dispositions, notamment le délai maximum dans lequel l'évaluation et la formation doivent être proposées à compter du dépôt du dossier complet de la demande de regroupement familial, le contenu de l'évaluation et de la formation, le nombre d'heures minimum que la formation doit compter ainsi que les motifs légitimes pour lesquels l'étranger peut en être dispensé.

Article L311-3

Les étrangers âgés de seize à dix-huit ans qui déclarent vouloir exercer une activité professionnelle salariée reçoivent, de plein droit, une carte de séjour temporaire s'ils remplissent les conditions prévues à l'article L. 313-11 ou une carte de résident, s'ils remplissent celles prévues à l'article L. 314-11. Ils peuvent, dans les autres cas, solliciter une carte de séjour temporaire ou une carte de résident en application des [articles L. 314-8 et L. 314-9](#).

Article R311-1

Tout étranger, âgé de plus de dix-huit ans ou qui sollicite un titre de séjour en application de [l'article L. 311-3](#), est tenu de se présenter, à Paris, à la préfecture de police et, dans les autres départements, à la préfecture ou à la sous-préfecture, pour y souscrire une demande de titre de séjour du type correspondant à la catégorie à laquelle il appartient.

Toutefois, le préfet peut prescrire que les demandes de titre de séjour soient déposées au commissariat de police ou, à défaut de commissariat, à la mairie de la résidence du requérant.

Le préfet peut également prescrire :

1° Que les demandes de titre de séjour appartenant aux catégories qu'il détermine soient adressées par voie postale ;

2° Que la demande de carte de séjour temporaire portant la mention " étudiant " soit déposée auprès des établissements d'enseignement ayant souscrit à cet effet une convention avec l'Etat.

Les documents justificatifs présentés par l'étranger à l'appui de sa demande de titre de séjour doivent être accompagnés, le cas échéant, de leur traduction en français par un traducteur interprète agréé.

Par dérogation au premier alinéa, l'étranger résidant hors de France qui sollicite le titre de séjour prévu à [l'article L. 317-1](#) ou son renouvellement peut déposer sa demande auprès de la représentation consulaire française dans son pays de résidence, qui transmet sa demande au préfet territorialement compétent.

Article L313-1

La durée de validité de la carte de séjour temporaire ne peut être supérieure à un an et ne peut dépasser la durée de validité des documents et visas mentionnés à [l'article L. 211-1](#) du présent code.

L'étranger doit quitter la France à l'expiration de la durée de validité de sa carte à moins qu'il n'en obtienne le renouvellement ou qu'il ne lui soit délivré une carte de résident.

Article R311-2

La demande est présentée par l'intéressé dans les deux mois de son entrée en France. S'il y séjournait déjà, il présente sa demande :

1° Soit, au plus tard, avant l'expiration de l'année qui suit son dix-huitième anniversaire, si l'étranger peut obtenir de plein droit un titre de séjour en application soit des 1°, 2°, 2° bis, 3° ou 10° de [l'article L. 313-11](#), soit de [l'article L. 313-13](#), soit des 8° ou 9° de [l'article L. 314-11](#), soit de [l'article L. 314-12](#) ;

2° Soit au plus tard deux mois après la date de son dix-huitième anniversaire, si l'étranger ne peut obtenir de plein droit un titre de séjour dans les conditions prévues au 1° ci-dessus ;

3° Soit au plus tard deux mois après la date à laquelle la perte de la nationalité française lui est devenue opposable ;

4° Soit dans le courant des deux derniers mois précédant l'expiration de la carte de séjour

dont il est titulaire, sauf s'il est titulaire du statut de résident de longue durée-UE accordé par la France en application des [articles L. 314-8](#) et [L. 314-8-2](#).

A l'échéance de ce délai et en l'absence de présentation de demande de renouvellement de sa carte de séjour, il justifie à nouveau des conditions requises pour l'entrée sur le territoire national lorsque la possession d'un visa est requise pour la première délivrance de la carte de séjour.

Par dérogation au premier alinéa, lorsqu'il sollicite la délivrance d'une carte de séjour temporaire dans les conditions mentionnées à [l'article L. 313-4-1](#), l'étranger titulaire de la carte de résident de longue durée-UE accordée dans un autre Etat membre de l'Union européenne doit présenter sa demande dans les trois mois qui suivent son entrée en France. Disposent du même délai pour présenter leur demande, lorsqu'ils sollicitent la délivrance d'une carte de séjour temporaire portant la mention " vie privée et familiale " en application de [l'article L. 313-11-1](#), le conjoint mentionné au I et l'enfant entré mineur sur le territoire mentionné au II de cet article.

Article R311-3

Sont dispensés de souscrire une demande de carte de séjour :

2° Les étrangers séjournant en France pendant une durée maximale de trois mois sous le couvert de leur document de voyage revêtu, le cas échéant, d'un visa ;

3° Les étrangers séjournant en France sous couvert d'un visa d'une durée supérieure à trois mois et inférieure ou égale à six mois comportant la mention " dispense temporaire de carte de séjour " , pendant la durée de validité de ce visa ;

Article R411-1

Le titre de séjour dont doit justifier un ressortissant étranger pour formuler une demande de regroupement familial est soit une carte de séjour temporaire, d'une durée de validité d'au moins un an, soit une carte de résident, soit une carte de résident portant la mention " résident de longue durée-UE " et délivrée en France, soit le récépissé de la demande de renouvellement de l'un de ces titres.

Article R411-2

Le séjour régulier en France d'au moins dix-huit mois mentionné à l'article L. 411-1 doit avoir été accompli sous couvert des titres mentionnés à l'article R. 411-1 ou des documents suivants :

1° Carte de séjour temporaire d'une durée de validité inférieure à un an ;

2° Autorisation provisoire de séjour ;

3° Récépissé d'une demande de première délivrance ou de renouvellement d'un titre de séjour ;

4° Récépissé d'une demande d'asile ou attestation de demande d'asile.

Article L741-1

Tout étranger présent sur le territoire français et souhaitant demander l'asile se présente en personne à l'autorité administrative compétente, qui enregistre sa demande et procède à la détermination de l'Etat responsable en application du règlement (UE) n° 604/2013 du Parlement européen et du Conseil, du 26 juin 2013, établissant les critères et mécanismes de détermination de l'Etat membre responsable de l'examen d'une demande de protection internationale introduite dans l'un des Etats membres par un ressortissant de pays tiers ou un apatride, ou en application d'engagements identiques à ceux prévus par le même règlement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'enregistrement a lieu au plus tard trois jours ouvrés après la présentation de la demande à l'autorité administrative compétente, sans condition préalable de domiciliation. Toutefois, ce délai peut être porté à dix jours ouvrés lorsqu'un nombre élevé d'étrangers demandent l'asile simultanément.

L'étranger est tenu de coopérer avec l'autorité administrative compétente en vue d'établir son identité, sa ou ses nationalités, sa situation familiale, son parcours depuis son pays d'origine

ainsi que, le cas échéant, ses demandes d'asile antérieures. Il présente tous documents d'identité ou de voyage dont il dispose.

Lorsque l'enregistrement de sa demande d'asile a été effectué, l'étranger se voit remettre une attestation de demande d'asile dont les conditions de délivrance et de renouvellement sont fixées par décret en Conseil d'Etat. La durée de validité de l'attestation est fixée par arrêté du ministre chargé de l'asile.

La délivrance de cette attestation ne peut être refusée au motif que l'étranger est démuné des documents et visas mentionnés à [l'article L. 211-1](#). Elle ne peut être refusée que dans les cas prévus aux 5° et 6° de [l'article L. 743-2](#).

Cette attestation n'est pas délivrée à l'étranger qui demande l'asile à la frontière ou en rétention.

NOTA : Conformément aux II et III de l'article 35 de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, ces dispositions, dans leur rédaction résultant de la présente loi, s'appliquent aux demandes d'asile présentées à compter du lendemain de la publication de ladite loi, en tant qu'elles prévoient que l'enregistrement de la demande d'asile intervient dans un délai de trois jours ouvrés à compter de sa présentation et s'appliquent aux demandes d'asile présentées à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015.

Article R*741-1

I.-Lorsqu'un étranger, se trouvant à l'intérieur du territoire français, demande à bénéficier de l'asile, l'enregistrement de sa demande relève du préfet de département et, à Paris, du préfet de police.

Un arrêté conjoint du ministre de l'intérieur et du ministre chargé de l'asile peut donner compétence à un préfet de département et, à Paris, au préfet de police pour exercer cette mission dans plusieurs départements.

II.-Par dérogation aux dispositions du I du présent article, lorsqu'un étranger, placé en rétention administrative, demande à bénéficier de l'asile, l'enregistrement de sa demande relève du préfet qui a ordonné le placement en rétention administrative de l'intéressé.

Article L741-2

Lorsque l'examen de la demande d'asile relève de la compétence de la France, l'étranger introduit sa demande auprès de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat. L'autorité administrative compétente informe immédiatement l'office de l'enregistrement de la demande et de la remise de l'attestation de demande d'asile.

L'office ne peut être saisi d'une demande d'asile que si celle-ci a été préalablement enregistrée par l'autorité administrative compétente et si l'attestation de demande d'asile a été remise à l'intéressé.

NOTA : Conformément à l'article 35 III de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, l'article L. 741-2 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux demandes d'asile présentées à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015.

Article L741-3

Lorsque la demande d'asile est présentée par un mineur sans représentant légal sur le territoire français, le procureur de la République, avisé immédiatement par l'autorité administrative, lui désigne sans délai un administrateur ad hoc. Celui-ci assiste le mineur et assure sa représentation dans le cadre des procédures administratives et juridictionnelles relatives à la demande d'asile.

L'administrateur ad hoc est désigné par le procureur de la République compétent sur une liste de personnes morales ou physiques dont les modalités de constitution sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise également les conditions de leur indemnisation.

La mission de l'administrateur ad hoc prend fin dès le prononcé d'une mesure de tutelle.

Le président du conseil départemental est immédiatement informé, en application de [l'article](#)

[L. 226-2-1 du code de l'action sociale et des familles](#), afin de lui permettre d'évaluer la situation du mineur sans représentant légal et de déterminer les actions de protection et d'aide dont ce mineur a besoin.

NOTA : Conformément à l'article 35 III de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, l'article L. 741-3 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux demandes d'asile présentées à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015.

Article L741-4

Dès que possible après la présentation d'une demande d'asile par un mineur non accompagné, l'autorité administrative procède à la recherche des membres de sa famille, tout en protégeant l'intérêt supérieur du mineur. Dans les cas où la vie ou l'intégrité physique d'un mineur ou de ses parents proches pourraient être menacées, cette recherche est menée de manière confidentielle.

NOTA : Conformément à l'article 35 III de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, l'article L. 741-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux demandes d'asile présentées à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, qui ne peut être postérieure au 1er novembre 2015.

Article L742-1

Lorsque l'autorité administrative estime que l'examen d'une demande d'asile relève de la compétence d'un autre Etat qu'elle entend requérir, l'étranger bénéficie du droit de se maintenir sur le territoire français jusqu'à la fin de la procédure de détermination de l'Etat responsable de l'examen de sa demande et, le cas échéant, jusqu'à son transfert effectif à destination de cet Etat. L'attestation délivrée en application de [l'article L. 741-1](#) mentionne la procédure dont il fait l'objet. Elle est renouvelable durant la procédure de détermination de l'Etat responsable et, le cas échéant, jusqu'à son transfert effectif à destination de cet Etat. Le présent article ne fait pas obstacle au droit souverain de l'Etat d'accorder l'asile à toute personne dont l'examen de la demande relève de la compétence d'un autre Etat.

NOTA : Conformément à l'article 35 III de la loi n° 2015-925 du 29 juillet 2015, l'article L. 213-8-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, dans sa rédaction résultant de la présente loi, s'applique aux demandes d'asile présentées à compter du 1er novembre 2015 (Décret n° 2015-1364 du 28 octobre 2015, article 4).

Article L744-7

Le bénéfice des conditions matérielles d'accueil, définies à [l'article L. 348-1](#) du code de l'action sociale et des familles et à [l'article L. 744-1](#) du présent code, est subordonné à l'acceptation par le demandeur d'asile de l'hébergement proposé, déterminé en tenant compte de ses besoins, de sa situation au regard de l'évaluation prévue à [l'article L. 744-6](#) et des capacités d'hébergement disponibles.

Le demandeur est préalablement informé, dans une langue qu'il comprend ou dont il est raisonnable de penser qu'il la comprend, des conséquences de l'acceptation ou du refus de l'hébergement proposé.

Sans préjudice de [l'article L. 345-2-2](#) du code de l'action sociale et des familles, en cas de refus ou d'abandon de l'hébergement proposé en application du premier alinéa du présent article, le demandeur d'asile ne peut être hébergé dans un établissement mentionné au 8° du I de l'article L. 312-1 du même code et à [l'article L. 322-1](#) dudit code ou bénéficier de l'application de [l'article L. 300-1](#) du code de la construction et de l'habitation.

Après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, un décret en Conseil d'Etat détermine les informations qui doivent être fournies par l'Office français de l'immigration et de l'intégration au service intégré d'accueil et d'orientation pour la mise en œuvre du troisième alinéa du présent article.

Article L744-9

Le demandeur d'asile qui a accepté les conditions matérielles d'accueil proposées en application de [l'article L. 744-1](#) bénéficie d'une allocation pour demandeur d'asile s'il satisfait à des conditions d'âge et de ressources. L'Office français de l'immigration et de l'intégration ordonne son versement dans l'attente de la décision définitive lui accordant ou lui refusant une protection au titre de l'asile ou jusqu'à son transfert effectif vers un autre Etat responsable de l'examen de sa demande d'asile.

Article L711-1

La qualité de réfugié est reconnue à toute personne persécutée en raison de son action en faveur de la liberté ainsi qu'à toute personne sur laquelle le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés exerce son mandat aux termes des articles 6 et 7 de son statut tel qu'adopté par l'Assemblée générale des Nations unies le 14 décembre 1950 ou qui répond aux définitions de l'article 1er de la convention de Genève du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés. Ces personnes sont régies par les dispositions applicables aux réfugiés en vertu de la convention de Genève susmentionnée.

L'OFFICE FRANCAIS DE PROTECTION DES RÉFUGIÉS ET APATRIDES (CESEDA)

Article L721-1

L'Office français de protection des réfugiés et apatrides, placé auprès du ministre chargé de l'asile, est un établissement public doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière et administrative.

Article R721-1

L'Office français de protection des réfugiés et apatrides reconnaît la qualité de réfugié ou d'apatride et accorde le bénéfice de la protection subsidiaire.

Article L721-3

L'office est habilité à délivrer, après enquête s'il y a lieu, aux réfugiés et bénéficiaires de la protection subsidiaire les pièces nécessaires pour leur permettre soit d'exécuter les divers actes de la vie civile, soit de faire appliquer les dispositions de la législation interne ou des accords internationaux qui intéressent leur protection, notamment les pièces tenant lieu d'actes d'état civil.

Le directeur général de l'office authentifie les actes et documents qui lui sont soumis. Les actes et documents qu'il établit ont la valeur d'actes authentiques.

Ces diverses pièces suppléent à l'absence d'actes et de documents délivrés dans le pays d'origine. Les pièces délivrées par l'office ne sont pas soumises à l'enregistrement ni au droit de timbre.

Article L311-5-1

L'étranger auquel la qualité de réfugié est reconnue par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides ou la Cour nationale du droit d'asile est admis à souscrire une demande de délivrance de carte de résident.

Dans un délai de huit jours à compter de sa demande, il est mis en possession d'un récépissé de demande de titre de séjour, qui vaut autorisation de séjour d'une durée de validité de six mois renouvelable et qui porte la mention " reconnu réfugié ".

Ce récépissé confère à son titulaire le droit d'exercer la profession de son choix dans les conditions prévues à [l'article L. 314-4](#).

Droit au séjour en France – citoyens de l'Union européenne (CESEDA)

Article R121-1

Tout ressortissant mentionné au premier alinéa de [l'article L. 121-1](#) muni d'une carte

d'identité ou d'un passeport en cours de validité est admis sur le territoire français, à condition que sa présence ne constitue pas une menace pour l'ordre public. Tout membre de sa famille mentionné à [l'article L. 121-3](#), ressortissant d'un Etat tiers, est admis sur le territoire français à condition que sa présence ne constitue pas une menace pour l'ordre public et qu'il soit muni, à défaut de titre de séjour délivré par un Etat membre de l'Union européenne portant la mention " Carte de séjour de membre de la famille d'un citoyen de l'Union " en cours de validité, d'un passeport en cours de validité, d'un visa ou, s'il en est dispensé, d'un document établissant son lien familial. L'autorité consulaire lui délivre gratuitement, dans les meilleurs délais et dans le cadre d'une procédure accélérée, le visa requis sur justification de son lien familial. Toutes facilités lui sont accordées pour obtenir ce visa.

L'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII) (CASF)

Article L121-13

L'**Office** français de l'immigration et de l'intégration est un établissement public administratif de l'Etat qui exerce les missions définies à l' [article L. 5223-1 du code du travail](#).

Arrêté du 11 janvier 2006 relatif à la visite médicale des étrangers autorisés à séjourner en France
JORF n°20 du 24 janvier 2006 page 1147 ; texte n° 5 –

Article 1

Les étrangers visés par les articles 7 et 11 du décret du 30 juin 1946 susvisé obtiennent le certificat médical attestant de leur aptitude au séjour en France prévu au 4° de ces articles après un examen médical de contrôle et de prévention organisé par l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations dans le cadre du contrôle médical prévu à l'article L. 341-9 du code du travail.

Cet examen comporte obligatoirement :

1° Un examen clinique général effectué par un médecin qui peut s'entourer d'avis de spécialistes et demander des examens complémentaires ;

2° Un examen radiographique des poumons :

a) En seront toutefois dispensés :

- les enfants de moins de dix ans présentant un certificat de vaccination par le BCG et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive ;

- tout étranger présentant une radiographie de moins de trois mois et dont l'examen clinique ne permet pas de suspecter une tuberculose évolutive ;

b) Les enfants de moins de 15 ans venant de pays à forte prévalence de tuberculose bénéficieront de surcroît d'un test à la tuberculine dans un service, une structure ou auprès d'un professionnel dont les coordonnées seront indiquées au cours de la visite médicale ;

3° Une vérification du statut vaccinal qui doit être conforme à la législation et à la réglementation en vigueur ;

4° Pour les personnes présentant du fait de leurs antécédents, leur âge ou leur état clinique un risque vis-à-vis du diabète de type 2, une mesure de la glycémie capillaire ;

5° En fonction de la symptomatologie clinique, un examen urinaire comprenant la recherche de protéines et de sang.

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

Article 3

A l'issue des différents examens, il est délivré un certificat indiquant que l'intéressé remplit ou ne remplit pas les conditions médicales autorisant son séjour en France. Ce certificat ne contient pas d'information sur l'état sanitaire des intéressés. Cette attestation porte obligatoirement le visa du directeur général de l'ANAEM ou de son représentant.

Tout certificat indiquant que ces conditions médicales de séjour en France ne sont pas remplies devra être validé par le médecin chef du service de santé publique et d'assistance médicale de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations.

Article 4

Pour les réfugiés statutaires qui, à la date où ce statut leur a été accordé, étaient hébergés dans un centre d'accueil pour demandeur d'asile, le certificat prévu à l'article 11 du décret n° 46-1574 du 30 juin 1946 modifié susvisé sera délivré par le médecin chef de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations sur présentation d'un justificatif établi par le médecin traitant du réfugié statutaire ou du médecin intervenant dans le centre d'accueil.

Article 5

Ne remplit pas, de façon temporaire ou définitive, les conditions visées aux deux premiers paragraphes de l'article 3 du présent arrêté tout étranger atteint au jour de l'examen médical ou à l'issue d'un examen médical spécialisé :

- a) De l'une des maladies mentionnées au titre V du règlement sanitaire international publié par le décret du 24 janvier 1989 susvisé ;
- b) De tuberculose contagieuse évolutive : dans ce cas, le dossier de l'intéressé est mis en instance jusqu'à production d'un certificat médical attestant de la guérison, sous la surveillance du service antituberculeux de son lieu de résidence ;
- c) De troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Ce diagnostic sera porté sur la base d'un certificat médical demandé à un médecin psychiatre par le médecin chef du service de santé publique et d'assistance médicale de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations. Dans ce cas, le dossier de l'intéressé est mis en instance. L'attestation prévue à l'article 3 du présent arrêté pourra être établie au vu d'un nouveau certificat médical indiquant que la personne n'est pas susceptible de compromettre la sûreté des personnes ou de porter atteinte de façon grave à l'ordre public ;
- d) D'un problème de santé en contradiction manifeste avec l'objet du séjour en France. Dans le cas où cette contradiction concerne la tenue de l'emploi à l'origine de la venue de l'étranger en France, le dossier de l'intéressé est mis en instance jusqu'à production par l'employeur au service de santé publique et d'assistance médicale de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations, à la demande de celui-ci, de l'avis du médecin du travail sur l'aptitude du candidat à l'emploi susmentionné.

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

Article 6

Lorsque le résultat de l'examen médical visé à l'article 1er du présent arrêté fait apparaître que l'étranger souffre d'une affection nécessitant des soins, un certificat médical spécifique contenant les conclusions de cet examen est établi en triple exemplaire. Le médecin ayant pratiqué l'examen en remet un exemplaire à l'intéressé, en transmet un autre au médecin chef de l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations et, à la demande de l'intéressé, un troisième exemplaire du certificat médical est transmis à son médecin traitant. Ce certificat contenant des informations à caractère médical est transmis sous pli confidentiel fermé avec la mention « secret médical ».

Mineurs isolés

Article L511-4 du CESEDA

Ne peuvent faire l'objet d'une obligation de quitter le territoire français :

- 1° L'étranger mineur de dix-huit ans...

Article L521-4

L'étranger mineur de dix-huit ans ne peut faire l'objet d'une mesure d'expulsion.

Article 375 du Code civil

Si la santé, la sécurité ou la moralité d'un mineur non émancipé sont en danger, ou si les conditions de son éducation ou de son développement physique, affectif, intellectuel et social

sont gravement compromises, des mesures d'assistance éducative peuvent être ordonnées par justice à la requête des père et mère conjointement, ou de l'un d'eux, de la personne ou du service à qui l'enfant a été confié ou du tuteur, du mineur lui-même ou du ministère public. Dans les cas où le ministère public a été avisé par le président du conseil départemental, il s'assure que la situation du mineur entre dans le champ d'application de l'article L. 226-4 du code de l'action sociale et des familles. Le juge peut se saisir d'office à titre exceptionnel.

Elles peuvent être ordonnées en même temps pour plusieurs enfants relevant de la même autorité parentale.

La décision fixe la durée de la mesure sans que celle-ci puisse excéder deux ans. La mesure peut être renouvelée par décision motivée.

Cependant, lorsque les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques, évaluées comme telles dans l'état actuel des connaissances, affectant durablement leurs compétences dans l'exercice de leur responsabilité parentale, une mesure d'accueil exercée par un service ou une institution peut être ordonnée pour une durée supérieure, afin de permettre à l'enfant de bénéficier d'une continuité relationnelle, affective et géographique dans son lieu de vie dès lors qu'il est adapté à ses besoins immédiats et à venir.

Un rapport concernant la situation de l'enfant doit être transmis annuellement, ou tous les six mois pour les enfants de moins de deux ans, au juge des enfants.

Article 375-1 du Code civil

Le juge des enfants est compétent, à charge d'appel, pour tout ce qui concerne l'assistance éducative.

Il doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et se prononcer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant.

Article L112-3 du CASF

La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits.

Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. Une permanence téléphonique est assurée au sein des services compétents.

Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant...

Ces interventions peuvent également être destinées à des majeurs de moins de vingt et un ans connaissant des difficultés susceptibles de compromettre gravement leur équilibre.

La protection de l'enfance a également pour but de prévenir les difficultés que peuvent rencontrer les mineurs privés temporairement ou définitivement de la protection de leur famille et d'assurer leur prise en charge.

Article L112-4 du CASF

L'intérêt de l'enfant, la prise en compte de ses besoins fondamentaux, physiques, intellectuels, sociaux et affectifs ainsi que le respect de ses droits doivent guider toutes décisions le concernant.

Article L2112-2 du CASF

Le président du conseil général a pour mission d'organiser :

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle ; En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L.

226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Lutte contre la propagation internationale des maladies (CSP)

Article L3115-1

Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 19](#)

Le contrôle sanitaire aux frontières est régi, sur le territoire de la République française, par les dispositions des règlements sanitaires pris par l'Organisation mondiale de la santé conformément aux articles 21 et 22 de sa constitution, des arrangements internationaux et des lois et règlements nationaux intervenus ou à intervenir en cette matière en vue de prévenir la propagation par voie terrestre, maritime ou aérienne des maladies transmissibles. Ce contrôle est assuré par les agents mentionnés aux [articles L. 1421-1](#) et [L. 1435-7](#). En cas de nécessité, le représentant de l'Etat dans le département peut également habilitier les agents des ministères chargés de l'agriculture, de la défense, des douanes, de la police de l'air et des frontières, de la mer et des transports pour effectuer ce contrôle. Ces agents disposent à cet effet des prérogatives mentionnées aux articles [L. 1421-2](#) et [L. 1421-3](#).

En outre, le représentant de l'Etat peut confier la réalisation des contrôles techniques et la délivrance des certificats correspondants à des personnes ou organismes agréés.

Article L3115-2

Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 107 \(V\)](#)

En cas de voyage international, les exploitants de moyens de transport, d'infrastructures de transport et d'agences de voyages sont tenus d'informer leurs passagers ou leurs clients des risques pour la santé publique constatés par les autorités sanitaires dans les lieux de destination ou de transit. Ils les informent également des recommandations à suivre et des mesures sanitaires mises en place contre ces risques.

En cas d'identification d'un risque sanitaire grave postérieurement à un voyage et pour permettre la mise en place des mesures d'information et de protection nécessaires, les exploitants mentionnés au premier alinéa sont tenus de communiquer aux autorités sanitaires les données permettant l'identification des passagers exposés ou susceptibles d'avoir été exposés au risque.

Article L3115-3

Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 107 \(V\)](#)

Sont déterminés par décret en Conseil d'Etat :

1° En application du Règlement sanitaire international de 2005 :

a) Les critères de désignation des points d'entrée du territoire, notamment en ce qui concerne l'importance de leur trafic international et leur répartition homogène sur le territoire ;

b) Les critères de définition des événements sanitaires graves ou inhabituels devant être déclarés aux autorités sanitaires et les modalités de déclaration de ces événements ;

c) Les critères de désignation des centres de vaccination anti-amarille, les conditions de validité des certificats de vaccination anti-amarille et les modalités de contrôle de ces certificats lors de l'entrée sur le territoire ;

2° Les conditions d'agrément des personnes ou organismes pouvant réaliser les contrôles techniques mentionnés au deuxième alinéa de [l'article L. 3115-1](#) et les modalités de délivrance des certificats correspondants ;

3° Les conditions d'application de [l'article L. 3115-2](#), notamment les modalités de communication des informations relatives aux risques pour la santé publique constatés aux passagers ou aux clients, les critères de définition du risque sanitaire grave et les conditions de communication des données permettant l'identification des passagers.

Article L3115-4

Créé par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 107 \(V\)](#)

Sont déterminées par décret les capacités techniques que doivent acquérir les points d'entrée du territoire, notamment en matière de mise à disposition d'installations, de matériel et de personnel appropriés, ainsi que la liste des points d'entrée désignés.

Article L3115-5

Créé par [LOI n°2011-940 du 10 août 2011 - art. 26](#)

Les frais résultant de l'application des mesures sanitaires prescrites pour un moyen de transport en application de [l'article L. 3115-1](#) sont à la charge de l'exploitant du moyen de transport concerné, et notamment les frais d'immobilisation. Si le moyen de transport est un navire, l'ensemble des frais est à la charge de l'armateur, du propriétaire ou de l'exploitant.

Article L3116-3

Modifié par [LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 107 \(V\)](#)

Ont qualité pour rechercher et constater les infractions en matière de contrôle sanitaire aux frontières, les agents mentionnés au deuxième alinéa de l'article [L. 3115-1](#), chargés du contrôle sanitaire aux frontières, habilités et assermentés dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces agents disposent à cet effet des prérogatives mentionnées aux articles [L. 1421-2](#) et [L. 1421-3](#).

Les procès-verbaux dressés par ces agents font foi jusqu'à preuve contraire.

Hygiène – désinfection (CSP)

Article L3114-1

Modifié par [LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 5](#)

Lorsqu'elle est nécessaire en raison soit du caractère transmissible des infections des personnes hébergées, soignées ou transportées, soit des facteurs de risque d'acquisition des infections par les personnes admises dans ces locaux ou transportées dans ces véhicules, il doit être procédé à la désinfection par des produits biocides :

1° Des locaux ayant reçu ou hébergé des malades et de ceux où sont donnés des soins médicaux, paramédicaux ou vétérinaires ;

2° Des véhicules de transport sanitaire ou de transport de corps ;

3° Des locaux et véhicules exposés aux micro-organismes et toxines mentionnés à [l'article L. 5139-1](#).

Cette désinfection est réalisée avec des appareils agréés par des organismes dont la liste est établie par décision de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20 000 habitants et au-dessus, par les soins de l'autorité municipale suivant des arrêtés du maire et, dans les communes de moins de 20 000 habitants, par les soins d'un service départemental.

Les communes de moins de vingt mille habitants qui, facultativement, ont créé un service communal d'hygiène et de santé, peuvent être exceptionnellement autorisées par le ministre chargé de la santé, à avoir un service autonome de désinfection.

A défaut par les villes et les départements d'organiser les services de la désinfection et d'en assurer le fonctionnement, il y est pourvu par des décrets en Conseil d'Etat.

NOTA : Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 article 41 III : Les présentes dispositions entrent en vigueur à une date prévue par le décret pris pour leur application et au plus tard le 1er août 2012. Dès cette entrée en vigueur, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé exerce l'ensemble des droits et supporte l'ensemble des obligations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Jusqu'à l'entrée en vigueur mentionnée au premier alinéa du présent III, les compétences et pouvoirs que la présente loi attribue à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sont

*exercés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.
Le décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 est entré en vigueur le 1er mai 2012.*

Article R3114-1

Modifié par [Décret 2006-1675 2006-12-22 art. 4 II JORF 27 décembre 2006](#)

Les procédés et appareils destinés à la désinfection prévue à [l'article L. 3114-1](#) sont soumis aux dispositions de la présente section, nonobstant l'application des dispositions de la [loi du 28 octobre 1943](#) relative aux appareils à pression de vapeur et à pression de gaz à terre ou à bord des bateaux de navigation intérieure.

Article R3114-2

Modifié par [Décret 2006-1675 2006-12-22 art. 4 II JORF 27 décembre 2006](#)

Les appareils d'un type agréé portent une lettre de série correspondant au type auquel ils appartiennent et un numéro d'ordre dans cette série.

Article R3114-3

Modifié par [Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5](#)

Les expériences préalables à l'agrément sont effectuées sous le contrôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et ont pour objet d'établir si le procédé et l'appareil répondent aux critères d'efficacité et d'innocuité fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

Cet arrêté détermine également le contenu du dossier de demande d'agrément et notamment les indications nécessaires sur la description et les plans de l'appareil ainsi que le mode d'utilisation.

Article R3114-4

Le demandeur fournit les éléments nécessaires aux expériences et, en cas de besoin, sur demande, le personnel nécessaire à l'exécution de ces expériences.

Article R3114-5

Modifié par [Décret 2006-1675 2006-12-22 art. 4 II JORF 27 décembre 2006](#)

Les procès-verbaux des expériences sont communiqués aux intéressés. Ceux-ci ont un délai de quinze jours pour faire parvenir leurs observations.

Article R3114-6

Modifié par [Décret 2006-1675 2006-12-22 art. 4 II JORF 27 décembre 2006](#)

La décision d'agrément est notifiée à l'intéressé. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande d'agrément vaut décision de rejet.

Article R3114-7

L'agrément est attribué pour une période de dix ans.

Article R3114-8

Modifié par [Décret n°2012-597 du 27 avril 2012 - art. 5](#)

Les appareils de désinfection agréés, leur emploi ainsi que celui des procédés utilisés pour la désinfection sont soumis à la surveillance de l'agence régionale de santé et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Article L3114-2

Modifié par [LOI n°2013-619 du 16 juillet 2013 - art. 46 \(V\)](#)

Les dispositions du chapitre VII du titre V du livre V du code de l'environnement relatives aux appareils à pression sont applicables aux appareils de désinfection.

Article L3114-3

Modifié par [Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 4 JORF 11 août 2004](#)

L'emploi des gaz toxiques figurant sur une liste de prohibition fixée par arrêté du ministre

chargé de la santé pris sur avis du Haut Conseil de la santé publique, dans la destruction des insectes et des rats dans les locaux à usage d'habitation ou autre, ou dans la désinfection desdits locaux, est interdit.

NOTA : Ordonnance 2001-321 2001-04-11 art. 7 : l'article L. 3114-3 du code de la santé publique est abrogé. Toutefois, il reste en vigueur dans les conditions définies à l'article L522-18 du code de l'environnement pour les substances actives et produits biocides qui y sont visés.

Loi n° 2008-757 du 1er août 2008 article 9 : Dans la seconde phrase de l'article 7 de l'ordonnance n° 2001-321 du 11 avril 2001, les mots " ils restent " sont remplacés par les mots " ce dernier article reste ".

Article L3114-5

Modifié par [LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 94](#)

Un arrêté du ministre chargé de la santé établit et tient à jour la liste des départements où est constatée l'existence de conditions entraînant un risque de développement de maladies humaines transmises par l'intermédiaire d'insectes et constituant une menace pour la santé de la population. Dans ces départements, la définition des mesures de lutte nécessaires relève de la compétence de l'Etat.

Un décret, pris après avis du Haut conseil de la santé publique, détermine la nature des mesures susceptibles d'être prises pour faire obstacle à ce risque.

Article L3114-6

Modifié par [Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6 \(V\)](#)

Les professionnels de santé ainsi que les biologiste-responsable et biologistes coresponsables de biologie médicale mentionnés au livre II de la sixième partie du présent code, exerçant en dehors des établissements de santé, veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins. Des arrêtés fixent, en tant que de besoin, les règles qu'ils doivent respecter.

Article L3114-7

Créé par [Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 13 JORF 11 août 2004](#)

Créé par [Loi n°2004-806 du 9 août 2004 - art. 22 JORF 11 août 2004](#)

Sont déterminées par décret en Conseil d'Etat :

1° Les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection prévu à [l'article L. 3114-1](#) ;

2° Dans les départements où est constatée l'existence de conditions entraînant le développement de maladies humaines transmises par l'intermédiaire d'insectes et constituant une menace pour la santé de la population, la nature des mesures susceptibles d'être prises conformément à [l'article L. 3114-5](#). Un arrêté fixe la liste des départements concernés.

NOTA : Loi 2004-809 2004-08-13 art. 72 II : le 3° de l'art. L3114-7 est abrogé (problème de numérotation car le 3° n'existe pas).

Les soins du corps décédé

Avis du HCSP relatif à la révision de la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires. 27/11/2009

Risques infectieux

La survie de la plupart des agents infectieux est très allongée dans les produits biologiques et il faut considérer par principe que le risque de contamination est le même chez un patient décédé que chez le malade vivant. Les risques les plus importants sont les risques d'exposition au sang (piqûre ou coupure) et aux liquides organiques ainsi que les risques d'aérosolisation. Une étude a montré que le risque d'accidents d'exposition liée au sang et aux liquides biologiques documentés était important chez les thanatopracteurs : 15 à 40 % de piqûres dans les six à douze mois précédents. Une infection acquise professionnellement

était déclarée chez 17 % (89/539) des thanatopracteurs dont un tiers par le virus de l'hépatite B (VHB). Des observations de tuberculose active parfois mortelle ont été rapportées chez les thanatopracteurs. La preuve de leur origine professionnelle a été apportée par les études moléculaires. Il s'agissait de soins de corps pour des personnes décédées dans des tableaux de co-infection par le VIH et le bacille tuberculeux.

Des mesures de précaution pour pratiquer les soins de corps sont définies dans la circulaire DGS/VS 3 n°68 du 31 juillet 1995 relative aux prescriptions applicables aux chambres funéraires. Cette circulaire rappelle les mesures de précaution à prendre lors des soins de corps, notamment le port de tenue imperméable, lavable et désinfectable, ou à usage unique de préférence, comprenant une combinaison, un masque, un calot, des sur-bottes, une paire de lunettes de protection et une double paire de gants. Les mesures à mettre en œuvre en cas d'accidents d'exposition liés au sang et aux liquides biologiques sont également décrites. (...) le Haut Conseil de la santé publique recommande :

la mise en bière immédiate dans un cercueil simple et l'interdiction des soins de corps pour les personnes décédées des pathologies suivantes :

- Rage
- Tuberculose active non traitée ou traitée pendant moins d'un mois
- Toute maladie émergente infectieuse transmissible (SRAS, grippe aviaire...) sur saisine du HCSP.

Le Haut conseil de la santé publique ne recommande pas de pratiques particulières pour le mode de transport des corps des personnes décédées des pathologies listées ci-dessus. Par ailleurs, au-delà des soins de conservation et dans le cadre de la protection des employés funéraires, le Haut Conseil de la santé publique insiste sur les recommandations générales suivantes :

Respecter de façon stricte les précautions universelles édictées en milieu de soins pour les sujets atteints de ces mêmes pathologies, en particulier le port d'une protection oculaire et d'une protection respiratoire avec notamment un masque FFP1 systématiquement porté et non pas un simple masque chirurgical :

- pour tous les soins de corps,
- quelle que soit la mention portée sur le certificat de décès.

Arrêté du 18 juillet 1994 (JO du 30 juillet 1994), modifié par les arrêtés du 17 avril 1997 (JO du 26 avril 1997) et du 30 juin 1998 (JO du 22 juillet 1998, fixant la liste des agents pathogènes.

Arrêté du 20 juillet 1998 fixant la liste des maladies contagieuses portant interdiction de certaines opérations funéraires prévues par le décret n° 76-435 du 18 mai 1976 modifiant le décret du 31 décembre 1941

NOR: MESP9822682A

Version consolidée au 12 avril 2016

Le secrétaire d'Etat à la santé,

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment les articles R. 363-1, R. 363-6, R. 363-10, R. 363-11, R. 363-19, R. 363-21 et R. 363-27 du code des communes ;

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France en date du 17 juin 1998, Article 1

Modifié par Conseil d'Etat 200777 1999-11-29 Rec. Lebon

Les corps des personnes décédées des maladies contagieuses suivantes, limitativement énumérées :

- orthopoxviroses ;
- choléra ;
- peste ;
- charbon ;
- fièvres hémorragiques virales,

doivent être déposés en cercueil hermétique équipé d'un système épurateur de gaz, immédiatement après le décès en cas de décès à domicile et avant la sortie de l'établissement en cas de décès dans un établissement de santé. Il est procédé sans délai à la fermeture définitive du cercueil.

NOTA :

Par décision n° 200777 du 29 novembre 1999, le Conseil d'Etat a annulé l'article 1er de l'arrêté du 20 juillet 1998, en tant qu'il prescrit la fermeture immédiate et définitive du cercueil hermétique dès la mise en bière.

Article 2 En savoir plus sur cet article...

Modifié par Conseil d'Etat 200777 1999-11-29 Rec. Lebon

Il ne peut également être délivré une autorisation de pratiquer des soins de conservation sur les corps des personnes décédées de l'une des maladies énumérées à l'article 1er.

Il ne peut également être délivré une autorisation de pratiquer des soins de conservation sur le corps des personnes décédées :

- d'hépatite virale ;
- de rage ;
- d'infection à VIH ;
- de maladie de Creutzfeldt-Jakob ;
- de tout état septique grave, sur prescription du médecin traitant.

Ces dispositions ne font pas obstacle à la pratique des autopsies à visée scientifique, qui devront respecter les précautions universelles qui s'imposent afin d'éviter toute contamination du personnel ou de l'environnement.

NOTA :

Par décision n° 200777 du 29 novembre 1999, le Conseil d'Etat a annulé l'article 2 de l'arrêté du 20 juillet 1998, en tant qu'il ajoute l'hépatite A, la maladie de Creutzfeldt-Jakob et les états septiques graves à la liste des maladies faisant obstacle à la pratique de soins de conservation des corps.

– Arrêté du 16 juillet 2007 (paru au JO du 4 août 2007) fixant les mesures techniques de prévention, notamment de confinement, à mettre en œuvre dans les laboratoires de recherche, d'enseignement, d'analyses, d'anatomie et cytologie pathologiques, les salles d'autopsie et les établissements industriels et agricoles où les travailleurs sont susceptibles d'être exposés à des agents biologiques pathogènes

L'éducation thérapeutique (CSP)

Article L1161-1

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.

Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

Dans le cadre des programmes ou actions définis aux articles [L. 1161-2](#) et [L. 1161-3](#), tout contact direct entre un malade et son entourage et une entreprise se livrant à l'exploitation d'un médicament ou une personne responsable de la mise sur le marché d'un dispositif médical ou d'un dispositif médical de diagnostic in vitro est interdit.

Article L1161-2

Les programmes d'éducation thérapeutique du patient sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces programmes sont mis en œuvre au niveau local, après autorisation des agences régionales de santé. Ils sont proposés au malade par le médecin prescripteur et donnent lieu à l'élaboration d'un programme personnalisé.

Ces programmes sont évalués par la Haute Autorité de santé.

Article L1161-3

Les actions d'accompagnement font partie de l'éducation thérapeutique. Elles ont pour objet d'apporter une assistance et un soutien aux malades, ou à leur entourage, dans la prise en charge de la maladie. Elles sont conformes à un cahier des charges national dont les modalités d'élaboration et le contenu sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article L1161-5

Les programmes d'apprentissage ont pour objet l'appropriation par les patients des gestes techniques permettant l'utilisation d'un médicament le nécessitant.

Ils sont mis en œuvre par des professionnels de santé intervenant pour le compte d'un opérateur pouvant être financé par l'entreprise se livrant à l'exploitation du médicament. Il ne peut y avoir de contact direct entre l'entreprise et le patient ou, le cas échéant, ses proches ou ses représentants légaux.

Le programme d'apprentissage est proposé par le médecin prescripteur à son patient ; il ne peut donner lieu à des avantages financiers ou en nature.

La mise en œuvre du programme d'apprentissage est subordonnée au consentement écrit du patient ou de ses représentants légaux.

Il peut être mis fin à cette participation, à tout moment et sans condition, à l'initiative du patient ou du médecin prescripteur.

Ces programmes d'apprentissage ainsi que les documents et autres supports relatifs à ces programmes sont soumis à une autorisation délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après avis des associations mentionnées à l'article [L. 1114-1](#) et pour une durée limitée.

Si les programmes d'apprentissage ou les supports relatifs à ces programmes ne respectent pas les dispositions de l'autorisation délivrée en application du présent article, l'agence retire l'autorisation et, le cas échéant, ordonne l'arrêt immédiat des actions mises en place et le retrait des documents diffusés.

NOTA : Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 article 41 III : Les présentes dispositions entrent en vigueur à une date prévue par le décret pris pour leur application et au plus tard le 1er août 2012. Dès cette entrée en vigueur, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé exerce l'ensemble des droits et supporte l'ensemble des obligations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Jusqu'à l'entrée en vigueur mentionnée au premier alinéa du présent III, les compétences et pouvoirs que la présente loi attribue à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sont exercés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 est entré en vigueur le 1er mai 2012.

Article L1162-1

Est puni de 30 000 € d'amende le fait de mettre en œuvre un programme sans une autorisation prévue aux articles [L. 1161-2](#) et [L. 1161-5](#).

Couverture sociale (CSS)

Article R321-4

Les prestations de l'assurance maladie dues à l'occasion du séjour d'assurés sociaux ou de leurs ayants droit dans les sanatoriums, les préventorioms, les aériums, les établissements affectés au traitement de la tuberculose extra-pulmonaire, les hôtels de cure, les établissements psychiatriques, les établissements de réadaptation fonctionnelle et de rééducation professionnelle, les établissements pour enfants inadaptés et les maisons d'enfants à caractère sanitaire sont servies, quelle que soit la durée de ce séjour, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle se trouve l'établissement.

Article D324-1 (affection de longue durée)

Le médecin atteste qu'il a pris connaissance du protocole de soins et que ses prescriptions figurant sur l'ordonnance prévue à l'article R. 161-45 sont conformes au protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1.

Décret n°2004-1050 du 4 octobre 2004 (affection de longue durée)

relatif à certaines conditions de limitation ou de suppression de la participation de l'assuré aux frais de soins en cas d'affections de longue durée.

(...) Tuberculose active (...)

Article D160-4 (affection de longue durée)

La liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à la suppression de la participation des assurés sociaux aux tarifs servant de base au calcul des prestations en nature de l'assurance maladie, en application du 3° de l'article L. 160-14, est établie ainsi qu'il suit :
(...) Tuberculose active, lèpre (...)

Article Annexe à l'article D322-1

29. Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée tuberculose maladie, lèpre

29.1. Tuberculose maladie :

Relèvent d'une exonération du ticket modérateur :

- les cas confirmés : maladie due à une mycobactérie du complexe *tuberculosis* prouvée par la culture ;

- les cas probables : signes cliniques ou radiologiques compatibles avec une tuberculose entraînant la décision de traiter le patient avec un traitement antituberculeux standard.

La durée de la thérapeutique antituberculeuse est le plus souvent de six mois (jusqu'à douze mois dans certaines formes de la maladie). La guérison est confirmée à dix-huit mois après le début du traitement par un examen clinique et radiographique.

La durée d'exonération est de deux ans.

29.2. Lèpre :

Relève du ticket modérateur la lèpre ou maladie de Hansen, quels que soient son ancienneté d'évolution, sa forme clinique (tuberculoïde ou lépromateuse) et son caractère bacillifère ou non.

L'exonération initiale est accordée pour une durée de cinq ans, renouvelable.

Article L324-1 (protocole de soins ALD)

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/formulaires/S3501.pdf

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, le médecin traitant détermine le traitement que le bénéficiaire de l'assurance maladie doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :
1° De se soumettre aux traitements et aux mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert ;
2° De se soumettre aux visites médicales et aux contrôles spéciaux organisés par la caisse ;
3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;
4° D'accomplir les exercices ou les travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, établit un protocole de soins. Ce protocole, périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut

être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3 (1). La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37.

Le protocole établi par le médecin traitant est adressé au service du contrôle médical, qui fait connaître son avis à la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré. A défaut d'observations transmises dans un délai fixé par voie réglementaire, l'avis est réputé favorable. Le directeur de l'organisme notifie à l'assuré la décision statuant sur la suppression ou la limitation de la participation de ce dernier.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Article R160-11 du Code de la sécurité sociale

Modifié par Décret n°2016-1362 du 12 octobre 2016 - art. 1

La participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 160-131 est supprimée lorsque le malade est dans l'un des cas définis au 3° ou au 4° de l'article L. 160-142, pour les actes, prestations et traitements prévus par le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-13.

¹ Article L160-13 du Code de la sécurité sociale

- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 83](#)

I. - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 160-8 peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.

La participation est fixée dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique. La décision du ministre est motivée. Le décret en Conseil d'Etat précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se substitue à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré.

L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

II. - L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I.

Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.

Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret.

Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou encore récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. Ce décret fixe également les modalités de recueil de l'autorisation de l'assuré de prélèvement sur son compte bancaire et de renoncement à cette autorisation. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

III. - En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie : 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

2° Actes effectués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être payées, prélevées ou récupérées selon les modalités prévues au dernier alinéa du II. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.

Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III.

² Article L160-14 du Code de la sécurité sociale

- Créé par [LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 59](#)
- Modifié par [LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 64](#)
- Modifié par [LOI n°2015-1702 du 21 décembre 2015 - art. 65](#)

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article [L. 160-13](#) peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article [L. 161-37](#) ;

4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;

6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 2° de l'article L. 160-8 ;

7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la [loi n° 75-535](#) du 30 juin 1975 ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article [L. 355-1-1](#) du code de la santé publique ;

8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article [L. 174-5](#) ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 ;

9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 ;

10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ;

11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;

12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13° Pour les titulaires d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires des articles [L. 341-15](#), [L. 341-16](#) et [L. 371-1](#) en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14° Pour les personnes mentionnées à l'article [L. 161-1](#) rattachées aux bénéficiaires des dispositions de l'article [L. 371-1](#) ;

15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles [222-23](#) à [222-32](#) et [227-22](#) à [227-27](#) du code pénal ;

16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 5° de l'article [L. 160-8](#), pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;

17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article [L. 160-8](#) ;

18° Pour les donneurs mentionnés à l'article [L. 1211-2](#) du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits ;

19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article [L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho-pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article [L. 160-8](#) et à l'article [L. 322-5](#) du présent code ;

20° Pour les frais liés à une interruption volontaire de grossesse mentionnée au 4° de l'article [L. 160-8](#) ;

21° Pour l'assurée mineure d'au moins quinze ans, pour les frais d'acquisition de certains contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles [L. 162-4-5](#) et [L. 162-8-1](#) ;

22° Pour certains frais dus au titre des honoraires de dispensation des pharmaciens mentionnés au 7° de l'article [L. 162-16-1](#) ;

23° Lorsque l'assuré ne relève ni du 3° ni du 10° mais se trouve dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein, fixée par décret en Conseil d'Etat, pour les frais d'examens de dépistage, dans des conditions fixées par ce même décret.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article [L. 161-37](#), peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.

³ Article L324-1 du Code de la sécurité sociale

- Modifié par [LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 198](#)

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, le médecin traitant détermine le traitement que le bénéficiaire de l'assurance maladie doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1° De se soumettre aux traitements et aux mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant et, en cas de désaccord avec le service du contrôle médical, par un expert ;

2° De se soumettre aux visites médicales et aux contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3° De s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4° D'accomplir les exercices ou les travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le directeur de l'organisme servant les prestations prend la décision prononçant la suppression de cette participation après avis du service du contrôle médical. Elle est valable pour la durée du protocole mentionné à l'article L. 324-1.

A l'expiration de cette période, dans le cas où le malade est toujours atteint d'une ou des affections mentionnées au 3° ou au 4° de l'article L. 160-14, la durée du protocole de soins mentionnée à l'article L. 324-1 peut être prolongée et la décision d'exonération peut être renouvelée dans les mêmes conditions.

A défaut de durée mentionnée sur le protocole, la décision indique sa propre durée. Lorsqu'un assuré change d'organisme gestionnaire au cours de la période de validité du protocole de soins, ce changement est sans incidence sur la durée pendant laquelle il bénéficie de la suppression de sa participation.

Article L160-14

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article [L. 160-13](#) peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

- 1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;
- 2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- 3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article [L. 161-37](#) ;

Article Annexe I à l'art. R434-32 (10) (estimation des séquelles)

9.3 CAS PARTICULIERS.

- Tuberculose pulmonaire stabilisée, lorsqu'elle a été imputée à un traumatisme ou reconnue aggravée par celui-ci. Le taux d'I.P.P. devra être fixé en fonction des séquelles définitives (voir 9.2).

Annexe II : Barème indicatif d'invalidité (maladies professionnelles)

8.3.2 - Tuberculose.

Mal de Pott dorso-lombaire, laissant des troubles statiques (scoliose et cypho-scoliose) selon la gêne fonctionnelle et l'existence de retentissement cardio-respiratoire : 15 à 30 %.

Coxalgie, ayant évolué vers l'arthrodèse spontanée avec raccourcissement du membre inférieur et amyotrophie importante compte tenu des douleurs et du retentissement sur la statique rachidienne : 55 à 70%.

Article R161-45

Définit le contenu d'une ordonnance d'ALD

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, établit un protocole de soins. Ce protocole, périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article [L. 161-37](#), les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article [L. 322-3](#)(1). La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37.

Le protocole établi par le médecin traitant est adressé au service du contrôle médical, qui fait connaître son avis à la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré. A défaut d'observations transmises dans un délai fixé par voie réglementaire, l'avis est réputé favorable. Le directeur de l'organisme notifie à l'assuré la décision statuant sur la suppression ou la limitation de la participation de ce dernier.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

NOTA :

(1) L'article L322-3 du code la sécurité sociale a été transféré à l'article L160-14 du même code par la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

Article L161-15-4 (fin de droits)

Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 160-1 est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 qui lui a été délivrée. En cas de manquement aux obligations fixées à l'alinéa précédent, il est fait application des dispositions de l'article L. 114-17-1.

Maladie professionnelle (CSS)

Article Annexe II : Tableau n° 25

Affections consécutives à l'inhalation de poussières minérales renfermant de la silice cristalline (quartz, cristobalite, tridymite), des silicates cristallins (kaolin, talc), du graphite ou de la houille

Complications : – pleuropulmonaires : tuberculose et autre mycobactériose (*Mycobacterium xenopi*, *M. avium intracellulare*, *M. kansasii*) surajoutée et caractérisée.

Article Annexe II : Tableau n° 40

Maladies dues aux bacilles tuberculeux et à certaines mycobactéries atypiques (*Mycobacterium avium/intracellulare*, *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium xenopi*, *Mycobacterium marinum*, *Mycobacterium fortuitum*) : selon conditions d'exposition

Affections dues à *Mycobacterium bovis* : tuberculose cutanée ou sous-cutanée ; tuberculose ganglionnaire ; synovite, ostéo-arthrite ; autres localisations. A défaut de preuves bactériologiques, le diagnostic devra s'appuyer sur des examens anatomo-pathologiques ou d'imagerie, ou à défaut, par traitement d'épreuve spécifique.

Affections dues à *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* : - infection tuberculeuse latente ; - tuberculose pulmonaire ou pleurale ; - tuberculose extra-thoracique. L'infection tuberculeuse latente sera attestée par l'évolution des tests tuberculiques (IDR et/ou IGRA). L'étiologie des autres pathologies devra s'appuyer, à défaut de preuves bactériologiques, sur des examens anatomopathologiques ou d'imagerie, ou à défaut, par traitement d'épreuve spécifique.

Infections dues à *Mycobacterium avium intracellulare*, *Mycobacterium kansasii*, *Mycobacterium xenopi*. Pneumopathies chroniques dont l'étiologie doit être confirmée par des examens.

Congé de longue maladie (CSS)

Article R6152-39

Un praticien reconnu atteint de **tuberculose**, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis par le comité médical et empêché d'exercer ses fonctions est de droit mis en congé de longue durée par décision du préfet du département.

Le congé de longue durée ne peut être accordé pour une durée inférieure à trois mois ou supérieure à six mois. Il peut être renouvelé à concurrence d'un total de cinq années. Au-delà de ce total de congés, le praticien qui ne peut reprendre son service est mis en disponibilité dans les conditions fixées aux articles [R. 6152-62](#), [R. 6152-63](#) et [R. 6152-65](#).

Le praticien placé en congé de longue durée a droit au maintien de la totalité de ses émoluments pendant trois ans, et de la moitié pendant deux ans.

Article R6152-523

L'assistant reconnu atteint de **tuberculose**, de maladie mentale, d'affection cancéreuse ou de poliomyélite par le comité médical mentionné à l'article [R. 6152-521](#), et empêché d'exercer ses fonctions, est placé en congé de longue durée pour une durée maximale de

dix-huit mois par périodes ne pouvant excéder six mois. Dans cette position, il perçoit les deux tiers de ses émoluments. Si à l'issue de ce congé il ne peut reprendre ses activités, il lui est accordé sur sa demande un congé sans rémunération d'une durée maximale de dix-huit mois. Si à l'issue de ce dernier congé il ne peut reprendre ses fonctions, il est mis fin à celles-ci.

Article R6152-620

Le praticien effectuant plus de trois demi-journées par semaine reconnu atteint de **tuberculose**, de maladie mentale, d'affection cancéreuse, de poliomyélite ou de déficit immunitaire grave et acquis par le comité médical et empêché d'exercer ses fonctions est de droit mis en congé de longue durée par décision du directeur d'établissement.

Le congé de longue durée ne peut être accordé pour une durée inférieure à trois mois ou supérieure à six mois. Il peut être renouvelé à concurrence d'un total de cinq années. Dans cette position, il perçoit les deux tiers de ses émoluments. Au-delà de ce total de congés, le contrat du praticien devient caduc.

Le bénéfice d'un congé longue durée pour un praticien attaché ne peut avoir pour effet de proroger la durée du contrat en cours.

Article R6153-15

L'interne que le comité médical a reconnu atteint de **tuberculose**, de maladie mentale, de poliomyélite, d'une affection cancéreuse ou de déficit immunitaire grave et acquis a droit à un congé de trente-six mois au maximum pendant lequel lui est garanti, au cours des dix-huit premiers mois, le versement des deux tiers de la rémunération mentionnée aux 1°, 2° et 4° de [l'article R. 6153-10](#) et, pendant les dix-huit mois suivants, le versement de la moitié de cette rémunération.

L'assurance maladie volontaire (CSS)

Concerne les personnes ayant déjà été affiliées à la sécurité sociale mais ne remplissant plus les conditions nécessaires pour y être assujetties obligatoirement.

Article R742-1

Ont la faculté de demander le bénéfice de l'assurance volontaire prévue par l'article L. 742-1, les anciens assurés sociaux qui cessent de remplir les conditions d'assujettissement obligatoire soit au régime général de sécurité sociale mentionné au livre III, soit à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, soit au régime des assurances sociales agricoles.

Article R742-2

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 et qui désirent bénéficier de l'assurance sociale volontaire doivent adresser une demande à la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est située leur résidence. Pour les anciens assurés sociaux qui transportent leur domicile hors du territoire métropolitain, la demande doit être adressée à la caisse primaire de leur dernière résidence.

Par dérogation à l'alinéa précédent, les anciens assurés sociaux qui transportent leur domicile à l'étranger et qui souhaitent s'affilier à l'assurance volontaire au titre des seuls risques vieillesse et veuvage, adressent leur demande à la Caisse des Français de l'étranger. Pour la mise en œuvre en ce qui les concerne des dispositions de la présente sous-section, la Caisse des Français de l'étranger est substituée à la caisse primaire d'assurance maladie et à l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

La demande d'adhésion doit être formulée dans le délai de six mois.

Le modèle de la demande d'adhésion à l'assurance sociale volontaire est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article R742-3

Les personnes mentionnées à l'article R. 742-1 doivent, à l'appui de leur demande, justifier qu'elles relevaient depuis au moins six mois de l'assurance sociale obligatoire soit à titre personnel, soit à titre d'ayant droit, par la production de la carte d'immatriculation d'assuré social et des derniers bulletins de paie comportant l'indication du précompte ou, à défaut de bulletin de paie, de toute autre pièce en tenant lieu.

Voir aussi :

<http://www.nos-services.com/votre-cpam/lassurance-maladie-volontaire.html>

Couverture maladie universelle (CSS)

Article L160-1

Toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé dans les conditions fixées au présent livre.

L'exercice d'une activité professionnelle et les conditions de résidence en France sont appréciées selon les règles prévues, respectivement, aux articles [L. 111-2-2](#) et [L. 111-2-3](#).

Article L160-5

Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie, dans des conditions fixées par décret, ne pas bénéficier de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article L. 160-1 bénéficie de cette prise en charge auprès de cette caisse dès qu'elle justifie de son identité et de sa résidence stable et régulière.

Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

Les personnes sans domicile stable doivent élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles. Dans le but de simplifier les démarches des intéressés, les organismes de sécurité sociale concernés et le département sont informés par l'organisme agréé des décisions d'attribution ou de retrait des attestations d'élection de domicile mentionnées à l'article L. 264-2 du même code, dans des conditions définies par décret.

Couverture maladie universelle complémentaire (CSS)

Article L861-1

Les personnes résidant de manière stable et régulière dans les conditions prévues à l'article [L. 111-2-3](#) et bénéficiant de la prise en charge des frais de santé mentionnée à l'article [L. 160-1](#), dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret et revalorisé au 1er avril de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article [L. 161-25](#), ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3.

Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. Le montant du plafond est constaté par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Article L861-3

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité

sociale prévue au I de [l'article L. 160-13](#) pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article [L. 162-5-3](#) ;

2° Du forfait journalier prévu à [l'article L. 174-4](#) ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

Article L162-16-7

La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1 et aux bénéficiaires de la déduction prévue à l'article L. 863-2 du présent code, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

Article R862-1

Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie est placé sous la tutelle du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

Article L862-1

Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3 et d'assurer la gestion des crédits d'impôt mentionnés aux articles L. 863-1 et L. 864-1.

Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations oeuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

Le fonds de financement de la protection complémentaire peut employer des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables aux personnels de sécurité sociale.

Aide médicale d'Etat (CSS et CASF)

Article L251-1 (CASF)

Tout étranger résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, sans remplir la condition de régularité mentionnée à [l'article L. 160-1](#) du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à [l'article L. 861-1](#) de

ce code a droit à l'aide médicale de l'Etat pour lui-même et pour :

1° Les personnes mentionnées aux 1° et 2° de [l'article L. 161-1](#) du code de la sécurité sociale ;

2° Les personnes non mentionnées aux mêmes 1° et 2° vivant depuis douze mois consécutifs avec la personne bénéficiaire de l'aide mentionnée au premier alinéa du présent article et se trouvant à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Dans ce cas, le bénéfice de l'aide susmentionnée ne peut être attribué qu'à une seule de ces personnes.

En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 252-1. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 251-2 peut être partielle.

De même, toute personne gardée à vue sur le territoire français, qu'elle réside ou non en France, peut, si son état de santé le justifie, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat, dans des conditions définies par décret.

Article L251-2 (CASF)

La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais pour la part ne relevant pas de la participation du bénéficiaire, concerne :

1° Les frais définis aux 1° et 2° de l'article [L. 160-8](#) du code de la sécurité sociale. Toutefois, ces frais peuvent être exclus de la prise en charge, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, et à l'exclusion des mineurs, pour les actes, les produits et les prestations dont le service médical rendu n'a pas été qualifié de moyen ou d'important ou lorsqu'ils ne sont pas destinés directement au traitement ou à la prévention d'une maladie ;

2° Les frais définis aux 4° et 5° de l'article L. 160-8 ;

3° Les frais définis à l'article [L. 160-9](#) du même code ;

4° Le forfait journalier institué par l'article [L. 174-4](#) du même code pour les mineurs et, pour les autres bénéficiaires, dans les conditions fixées au septième alinéa du présent article. Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article [L. 160-14](#) du code de la sécurité sociale, une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article [L. 160-13](#) et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code.

Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

La prise en charge mentionnée au premier alinéa est subordonnée, lors de la délivrance de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article [L. 5121-1](#) du code de la santé publique, à l'acceptation par les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 d'un médicament générique, sauf :

1° Dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article [L. 162-16](#) du code de la sécurité sociale ;

2° Lorsqu'il existe des médicaments génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ;

3° Dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article [L. 5125-23](#) du code de la santé publique.

Article L253-2 (CASF)

Les dépenses d'aide médicale sont prises en charge par l'Etat.

Article L111-2 (CASF)

Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions propres à chacune de ces prestations :

1° Des prestations d'aide sociale à l'enfance ;

2° De l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ;

3° De l'aide médicale de l'Etat ;

4° Des allocations aux personnes âgées prévues à l'article L. 231-1 à condition qu'elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans.

Elles bénéficient des autres formes d'aide sociale, à condition qu'elles justifient d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France. Pour tenir compte de situations exceptionnelles, il peut être dérogé aux conditions fixées à l'alinéa ci-dessus par décision du ministre chargé de l'action sociale. Les dépenses en résultant sont à la charge de l'Etat.

Article L252-1 (CASF)

La demande d'aide médicale de l'Etat peut être déposée auprès :

1° D'un organisme d'assurance maladie ;

2° D'un centre communal ou intercommunal d'action sociale du lieu de résidence de l'intéressé ;

3° Des services sanitaires et sociaux du département de résidence ;

4° Des associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'Etat dans le département.

L'organisme auprès duquel la demande a été déposée établit un dossier conforme au modèle fixé par arrêté du ministre chargé de l'action sociale et le transmet, dans un délai de huit jours, à la caisse d'assurance maladie qui en assure l'instruction par délégation de l'Etat. Toutefois, les demandes présentées par les personnes pouvant bénéficier de l'aide médicale en application du quatrième alinéa de l'article L. 251-1 sont instruites par les services de l'Etat.

Article L252-2 (CASF)

Les personnes mentionnées aux trois premiers alinéas de l'article L. 251-1, qui ont droit à l'aide médicale de l'Etat et se trouvent sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile dans les conditions prévues au chapitre IV du titre VI du présent livre II.

Article L252-3 (CASF)

L'admission à l'aide médicale de l'Etat des personnes relevant des trois premiers alinéas de l'article L. 251-1 est prononcée, dans des conditions définies par décret, par le représentant de l'Etat dans le département, qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Cette admission est accordée pour une période d'un an. Toutefois le service des prestations est conditionné au respect de la stabilité de la résidence en France, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Les organismes mentionnés aux articles L. 211-1 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite.

Article L121-7 CASF)

2° Les frais d'aide médicale de l'Etat, mentionnée au titre V du livre II ;

Article L251-2 (CASF)

Sauf lorsque les frais sont engagés au profit d'un mineur ou dans l'un des cas mentionnés aux 1° à 4°, 10°, 11°, 15° et 16° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, une participation des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat est fixée dans les conditions énoncées à l'article L. 160-13 et à la section 2 du chapitre II du titre II du livre III du même code.

Les dépenses restant à la charge du bénéficiaire en application du présent article sont limitées dans des conditions fixées par décret.

Article L174-5 (CSS)

Dans les unités ou centres de soins de longue durée, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du président du conseil général.

Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel mentionné à l'article L. 174-1-1.

Article L315-2 (CSS)

Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation.

Article L174-20 (CSS)

Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.

Article L315-1 (CSS)

IV. - Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Article L253-1 (CASF)

Les prestations prises en charge par l'**aide** médicale de l'**Etat** peuvent être recouvrées auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à l'égard des bénéficiaires de cette **aide**. Les demandeurs d'une admission au bénéfice de l'**aide** médicale de l'**Etat** sont informés du recouvrement possible auprès des personnes tenues à l'obligation alimentaire à leur égard des prestations prises en charge par l'**aide** médicale. Les dispositions de l'article L. 132-6 ne sont pas applicables.

Prise en charge des soins urgents (CASF)

Article L254-1

Les soins urgents 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 d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à ceux des étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité mentionnée à l'[article L. 160-1 du code de la sécurité](#)

sociale et qui ne sont pas bénéficiaires de l'**aide** médicale de l'**Etat** en application de l'article L. 251-1 sont pris en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'**Etat** à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

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 (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)

L'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 modifie les conditions d'attribution de l'aide médicale de l'Etat (AME) aux étrangers en situation irrégulière en instaurant une condition de résidence ininterrompue de plus de trois mois en France. Elle crée une prise en charge des soins urgents des étrangers en situation irrégulière qui ne bénéficient pas de l'AME.

I - Champs des bénéficiaires de la prise en charge des soins urgents

Sont concernés les étrangers qui ne remplissent pas la condition de régularité de la résidence mentionnée à l'article L. 380-1 du CSS, c'est-à-dire les étrangers en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'AME.

Cette catégorie recouvre, en pratique, les étrangers en situation irrégulière qui :

- résident sur le territoire national depuis moins de trois mois. Sont donc exclus de la prise en charge les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa de court séjour.

ou

- résident en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et ne sont pas bénéficiaires de l'AME, soit qu'ils ne remplissent pas les conditions requises pour l'obtenir, soit qu'ils n'en aient pas sollicité l'attribution, soit encore qu'ils aient effectué une demande d'AME dont le dossier est en cours d'instruction ou a été rejeté.

Les ressortissants de l'Union européenne, bénéficiant d'une liberté de circulation dans les pays membres, ne peuvent connaître de situation d'irrégularité au regard de la condition de résidence. Ils bénéficient par ailleurs de modalités spécifiques de prise en charge par les régimes d'assurance maladie nationaux. Ils ne sont donc en aucun cas éligibles au dispositif des soins urgents.

Les soins urgents délivrés aux étrangers en situation irrégulière sont pris en charge par l'Etat dans le cadre d'une enveloppe financière limitative. L'attention des établissements est donc appelée sur les conditions de prise en charge des patients concernés afin que ne soient imputés sur cette enveloppe que les soins délivrés aux patients répondant aux critères définis ci-dessus. En particulier, les établissements devront s'assurer que le patient ne peut se prévaloir d'aucune autre couverture maladie et rechercher auprès de lui les informations relatives à sa situation au regard du critère de résidence.

Si le patient ne peut prétendre à une prise en charge au titre des soins urgents, ni à aucune autre couverture maladie, la totalité des frais relatifs aux soins dont il a bénéficié lui est facturée.

Toutefois, des situations particulières peuvent se présenter : c'est le cas lorsqu'un étranger en situation irrégulière dont l'état de santé requiert des soins urgents (Cf. II -/II-1) est admis dans un établissement de santé sans qu'il soit immédiatement possible de déterminer la durée de sa résidence en France, faute de documents en ce sens.

Dans ce cas, le directeur de l'établissement concerné établit une demande d'aide médicale de l'Etat (AME) auprès de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de l'établissement. Dans l'intérêt de la personne elle-même, la délivrance de soins urgents ne doit jamais aboutir à suspendre la recherche de ses droits. Si la demande d'AME est rejetée, les soins urgents qui ont été délivrés au patient font l'objet d'une facturation au titre des soins urgents.

II. - Champ des prestations prises en charge au titre des « soins urgents »

II.1. La notion de soins urgents

Seuls sont pris en charge les soins urgents 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. Doivent aussi être considérés comme urgents les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité (pathologies infectieuses transmissibles telles que la tuberculose ou le sida par exemple).

Compte tenu de la vulnérabilité particulière des enfants et des adolescents, tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs résidant en France, qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale de l'État, sont réputés répondre à la condition d'urgence mentionnée par l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Sont pris en charge dans ce cadre les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse et mentionnés aux articles L. 2122-1 et suivants du code de la santé publique ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau-né.

Sont également prises en charge les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG, les conditions de délai régissant l'accès à ces actes donnant un fondement légal à l'urgence de l'intervention.

Le médecin appelé à traiter le patient consigne dans le dossier médical de celui-ci les motifs justifiant le caractère urgent des soins dispensés. Ce dossier devra être présenté, sur demande, au médecin du contrôle médical de la caisse du lieu d'implantation de l'établissement.

II.2. Les conditions de délivrance des soins

L'article L. 254-1 du CASF dispose que les personnes sont prises en charge dans les conditions prévues à l'article L. 251-2 du même code. Aux termes de ce texte, sont pris en charge, les frais définis aux 1^o, 2^o, 4^o et 6^o de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale ainsi que le forfait journalier mentionné à l'article 174-4 du code de la sécurité sociale. Pour l'application de ces articles, l'âge de la majorité est celui fixé par la réglementation française, c'est-à-dire 18 ans, et non celui fixé par la réglementation du pays d'origine. Sont donc pris en charge l'ensemble des frais relatifs à des soins dispensés en établissement de santé soit dans le cadre d'une hospitalisation, soit dans le cadre des soins externes. Les bénéficiaires sont par ailleurs dispensés de l'avance de frais.

Toutefois, l'article L. 254-1 limitant les soins urgents à ceux qui sont dispensés dans les établissements de santé, la prise en charge ne couvre pas l'ensemble du champ des prestations prévu au 1^o de l'article L. 321-1 du CSS et, en particulier, la délivrance des médicaments postérieurement aux soins effectués dans l'établissement.

Par dérogation, les médicaments, qu'ils figurent ou non sur la liste de ceux qui peuvent être rétrocédés dans les conditions prévues à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique et à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale sont pris en charge dans le cadre des soins urgents, à condition qu'ils aient été prescrits lors de la délivrance de ces soins urgents dans l'établissement de santé (en externe ou en hospitalisation), y compris les antirétroviraux, si la prescription initiale est établie par un médecin de l'établissement, et qu'un praticien de cet établissement aura attesté que la délivrance de médicaments, postérieurement aux soins délivrés dans la structure, est indispensable au succès du traitement engagé dans l'établissement.

Lits Halte santé (CASF)

Article D312-176-1

I.-Les structures dénommées " lits halte soins santé " mentionnées au 9^o de l'article [L. 312-1](#) accueillent des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue. Elles ne sont pas dédiées à une pathologie donnée.

Elles ont pour missions :

1^o De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer

à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ;
2° De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ;
3° D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel.

Elles assurent des prestations d'hébergement, de restauration, de blanchisserie.

Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.

II.-Les structures " lits halte soins santé " sont gérées par une personne morale de droit public ou de droit privé, ayant une connaissance du public accueilli et une expérience de sa prise en charge. Une même personne morale peut gérer plusieurs structures " lits halte soins santé ", implantées sur différents sites.

III.-Les structures " lits halte soins santé " signent une convention avec un ou plusieurs établissements de santé assurant les soins somatiques et psychiatriques. Cette convention précise les conditions de mise en œuvre des interventions des professionnels de santé de ces établissements au sein des " lits halte soins santé ". Elle indique également les modalités selon lesquelles la structure " lits halte soins santé " peut avoir, s'il y a lieu, accès aux plateaux techniques et à la pharmacie à usage intérieur et recours à des consultations hospitalières, et à des hospitalisations pour les personnes accueillies par la structure dont l'**état** sanitaire l'exige, notamment dans les situations d'urgence.

Les structures " lits halte soins santé " peuvent également conclure des conventions, contrats ou protocoles avec des partenaires publics ou privés afin que soient réalisés les actes ne pouvant être entrepris par ses personnels.

Dans les conditions prévues aux articles [R. 6121-4-1](#) et [D. 6124-311](#) du code de la santé publique, une convention peut être conclue avec une structure d'hospitalisation à domicile afin de répondre aux besoins sanitaires d'un patient tout en le maintenant dans la structure.

IV.-Pour assurer leurs missions, outre son directeur et le personnel administratif, les structures " lits halte soins santé " disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un médecin responsable, des infirmiers diplômés, des travailleurs sociaux titulaires d'un diplôme d'**Etat** niveau III en travail social et des personnels en charge des prestations d'hébergement et d'entretien. Les " lits halte soins santé " peuvent également disposer d'**aides** soignants ou d'auxiliaires de vie sociale.

Les personnels peuvent être des salariés de la structure ou des intervenants extérieurs administratifs et techniques, soignants et sociaux, mis à disposition, ou des professionnels de santé libéraux rémunérés par la structure, et dont les prestations sont formalisées par contrat, convention ou protocole. Leur nombre est fixé en fonction du nombre de lits, des pathologies et besoins sociaux des personnes accueillies.

La mutualisation des personnels de plusieurs structures peut être organisée dans le cadre de la coordination des établissements prévue à l'article [L. 312-7](#).

Les personnels amenés à travailler auprès des personnes accueillies dans les " lits halte soins santé " disposent d'une expérience préalable de travail auprès de ce public. A défaut, ils reçoivent une formation à ce type de prise en charge.

La direction des structures " lits halte soins santé " assure la supervision et le soutien de l'équipe pluridisciplinaire.

V.-Les soins sont coordonnés par des professionnels de santé placés sous la responsabilité du médecin responsable de la structure. Ce dernier établit le diagnostic, les prescriptions, le suivi des soins et traitements et s'assure de leur continuité. Il réalise, en lien avec les professionnels de santé, l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient. Il effectue toute démarche contribuant à l'accès à des soins, non délivrés par l'établissement. En cas d'urgence, il est fait appel au 15.

VI.-Un accompagnement social adapté est réalisé sous la responsabilité du directeur de la structure. Il s'inscrit dans une continuité de prise en charge avant et après son accueil en " lits halte soins santé ".

Lits d'accueil médicalisés

Article D312-176-4 (CASF)

I.-Une structure " lits d'accueil médicalisés " dispose d'au moins 15 lits et au maximum de 25 lits.

Si elle dispose de moins de 18 lits, la structure est obligatoirement sur un même site qu'une structure " lits halte soins santé ".

L'accueil est réalisé en chambre individuelle. Cependant, la structure peut être autorisée à déroger à cette règle dans la limite de deux lits par chambre maximum, après vérification des conditions d'hygiène, de fonctionnalité des soins et d'intimité des personnes accueillies.

Dans la mesure du possible, la structure assure l'accueil de l'entourage proche et prévoit un mode d'accueil des animaux accompagnants.

II.-L'orientation vers les structures " lits d'accueil médicalisés " est réalisée par un médecin au regard de la situation sanitaire de la personne et suite à une évaluation de sa situation sociale par un travailleur social.

L'admission est prononcée, sur demande de la personne accueillie, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable de la structure. Le refus d'admission prononcé par le directeur est motivé.

La durée du séjour n'est pas limitée. Elle est adaptée à la situation sanitaire et sociale de la personne et permet la construction de son projet de vie.

La sortie du dispositif vers une autre structure ou cadre de vie adapté à son état est soumise à avis médical, pris en concertation avec l'équipe pluridisciplinaire qui suit la personne accueillie. Les personnes souhaitant quitter volontairement le dispositif contre avis médical doivent être informées par l'équipe pluridisciplinaire des risques liés à cette sortie prématurée.

En cas de mise en danger avérée des personnels ou des résidents, le directeur, en lien avec le médecin responsable, peut prononcer l'exclusion de l'auteur des faits. L'équipe pluridisciplinaire s'assure, dans la mesure du possible, d'une continuité de prise en charge après la sortie.

III.-Conformément aux articles [L. 5126-1](#), [L. 5126-5](#) et [L. 5126-6](#) du code de la santé publique, les médicaments et les autres produits de santé sont détenus et dispensés sous la responsabilité du médecin responsable de la structure ou d'un pharmacien ayant passé convention avec la structure.

Au regard du public accueilli et de ses missions, les structures " lits d'accueil médicalisés ", conformément à l' [article L. 6325-1 du code de la santé publique](#) et dans les conditions prévues à l'article [R. 6325-1](#) de ce même code, peuvent s'approvisionner en médicaments auprès des distributeurs en gros à vocation humanitaire.

Les médicaments et les autres produits de santé nécessaires aux soins en vente libre sont fournis gracieusement aux personnes accueillies. Ils sont achetés en officine ou auprès d'un grossiste ou d'un laboratoire. Pour les médicaments, les autres produits de santé et les prestations de service et de distribution de matériel soumis à prescription médicale, des ordonnances nominatives sont réalisées par le médecin responsable des " lits d'accueil médicalisés ", et délivrées par un pharmacien d'officine. Les médicaments de la réserve hospitalière sont délivrés par une pharmacie hospitalière à usage intérieur.

IV.-Conformément à l' [article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale](#), les " lits d'accueil médicalisés " sont financés sous la forme d'une dotation globale annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à ce titre à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article [L. 314-3-2](#) du présent code.

Cette dotation couvre l'accueil, l'hébergement, la restauration, le suivi social, l'accompagnement à la vie quotidienne, l'animation et les soins des personnes accueillies. Les consultations et soins prescrits par le médecin responsable ne pouvant être dispensés dans la structure ne sont pas couverts par la dotation globale, à l'exception de la participation restant éventuellement à la charge de la personne accueillie.

Une participation financière à l'hébergement peut être demandée à la personne accueillie. Cette participation est liée à l'existence de ressources de la personne accueillie et ne peut excéder 25 % de celles-ci.

Hébergement d'urgence (CASF)

Article L345-2-2

Toute personne sans abri en situation de détresse médicale, psychique ou sociale a accès, à tout moment, à un dispositif d'hébergement d'urgence.

Cet hébergement d'urgence doit lui permettre, dans des conditions d'accueil conformes à la dignité de la personne humaine, de bénéficier de prestations assurant le gîte, le couvert et l'hygiène, une première évaluation médicale, psychique et sociale, réalisée au sein de la structure d'hébergement ou, par convention, par des professionnels ou des organismes extérieurs et d'être orientée vers tout professionnel ou toute structure susceptibles de lui apporter l'aide justifiée par son **état**, notamment un centre d'hébergement et de réinsertion sociale, un hébergement de stabilisation, une pension de famille, un logement-foyer, un établissement pour personnes âgées dépendantes, un lit halte soins santé ou un service hospitalier.

Le signalement d'information préoccupante (enfants en danger) (CASF)

Article L226-3-1

Dans chaque département, un observatoire départemental de la protection de l'enfance, placé sous l'autorité du président du conseil départemental, a pour missions :

- 1° De recueillir, d'examiner et d'analyser les données relatives à l'enfance en danger dans le département, au regard notamment des informations anonymes transmises dans les conditions prévues à l'article L. 226-3. Ces données sont ensuite adressées par chaque département à l'Observatoire national de l'enfance en danger ;
- 2° D'être informé de toute évaluation des services et établissements intervenant dans le domaine de la protection de l'enfance et assurée en application de l'article L. 312-8 ;
- 3° De suivre la mise en oeuvre du schéma départemental prévu à l'article L. 312-5 en tant qu'il concerne les établissements et services mentionnés aux 1° et 4° du I de l'article L. 312-1, et de formuler des avis ;
- 4° De formuler des propositions et avis sur la mise en oeuvre de la politique de protection de l'enfance dans le département.

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance comprend notamment des représentants des services du conseil départemental, de l'autorité judiciaire dans le département et des autres services de l'Etat ainsi que des représentants de tout service et établissement dans ce département qui participe ou apporte son concours à la protection de l'enfance, et des représentants des associations concourant à la protection de l'enfance et de la famille.

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance établit des statistiques qui sont portées à la connaissance de l'assemblée départementale et transmises aux représentants de l'Etat et de l'autorité judiciaire.

Article L226-3-2

Dans le cas où la procédure de transmission d'informations prévue à l'article L. 221-3 est rendue impossible par l'absence d'information sur la nouvelle adresse de la famille et si l'interruption de l'évaluation ou du traitement de l'information préoccupante, de la prestation d'aide sociale à l'enfance ou de la mesure judiciaire de protection de l'enfance met en danger le mineur concerné, le président du conseil départemental du département d'origine avise sans délai l'autorité judiciaire de la situation en application de l'article L. 226-4.

Le président du conseil départemental du département d'origine peut également, pour ses missions de protection de l'enfance, saisir la caisse primaire d'assurance maladie et la caisse d'allocations familiales compétentes, qui lui communiquent la nouvelle adresse de la famille dans un délai de dix jours à compter de la réception de la demande et dans le respect des dispositions relatives au secret professionnel. A cette fin, la caisse primaire d'assurance maladie peut accéder aux informations contenues dans le répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie visé à l'article L. 161-32 du code de la sécurité sociale.

Le président du conseil départemental du département d'origine communique sans délai au président du conseil départemental du département d'accueil l'adresse de la famille et lui transmet les informations relatives à cette famille et au mineur concerné en application de l'article L. 221-3 du présent code.

Article L226-4

I.-Le président du conseil départemental avise sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est en danger au sens de l'article 375 du code civil et :

1° Qu'il a déjà fait l'objet d'une ou plusieurs actions mentionnées aux articles L. 222-3 et L. 222-4-2 et au 1° de l'article L. 222-5, et que celles-ci n'ont pas permis de remédier à la situation ;

2° Que, bien que n'ayant fait l'objet d'aucune des actions mentionnées au 1°, celles-ci ne peuvent être mises en place en raison du refus de la famille d'accepter l'intervention du service de l'aide sociale à l'enfance ou de l'impossibilité dans laquelle elle se trouve de collaborer avec ce service.

Il avise également sans délai le procureur de la République lorsqu'un mineur est présumé être en situation de danger au sens de l'article 375 du code civil mais qu'il est impossible d'évaluer cette situation.

Le président du conseil départemental fait connaître au procureur de la République les actions déjà menées, le cas échéant, auprès du mineur et de la famille intéressés.

Le procureur de la République informe dans les meilleurs délais le président du conseil départemental des suites qui ont été données à sa saisine.

II.-Toute personne travaillant au sein des organismes mentionnés au quatrième alinéa de l'article L. 226-3 qui avise directement, du fait de la gravité de la situation, le procureur de la République de la situation d'un mineur en danger adresse une copie de cette transmission au président du conseil départemental. Lorsque le procureur a été avisé par une autre personne, il transmet au président du conseil départemental les informations qui sont nécessaires à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance confiée à ce dernier et il informe cette personne des suites réservées à son signalement, dans les conditions prévues aux articles 40-1 et 40-2 du code de procédure pénale.

Article L226-5

Le président du conseil départemental informe les personnes qui lui ont communiqué des informations dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité professionnelle ou d'un mandat électif des suites qui leur ont été données.

Sur leur demande, il fait savoir aux autres personnes l'ayant informé si une suite a été donnée.

En cas de saisine de l'autorité judiciaire, il en informe par écrit les parents de l'enfant ou son représentant légal.

Article L226-6

L'Etat, les départements et des personnes morales de droit public ou privé constituent un groupement d'intérêt public pour gérer un service d'accueil téléphonique gratuit ainsi qu'un Observatoire de l'enfance en danger afin d'exercer, à l'échelon national, les missions d'observation, d'analyse et de prévention des mauvais traitements et de protection des mineurs en danger prévues au présent chapitre.

Le service d'accueil téléphonique répond, à tout moment, aux demandes d'information ou de conseil concernant les situations de mineurs en danger ou présumés l'être. Il transmet immédiatement au président du conseil départemental, selon le dispositif mis en place en application de l'article L. 226-3, les informations qu'il recueille et les appréciations qu'il formule à propos de ces mineurs. A cette fin, le président du conseil départemental informe le groupement des modalités de fonctionnement permanent du dispositif départemental. L'Observatoire de l'enfance en danger contribue au recueil et à l'analyse des données et des études concernant la protection de l'enfance, en provenance de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations oeuvrant en ce domaine. Il contribue à la mise en cohérence des différentes données et informations, à l'amélioration de la connaissance des phénomènes de mise en danger des mineurs et recense les pratiques de prévention ainsi que de dépistage et de prise en charge médico-sociale et judiciaire des mineurs en danger, dont les résultats évalués ont été jugés concluants, afin d'en assurer la promotion auprès de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics, des fondations et des associations oeuvrant dans ce domaine. Il présente au Gouvernement et au Parlement un rapport annuel rendu public.

Article L226-2-2

Par exception à l'article 226-13 du code pénal, les personnes soumises au secret professionnel qui mettent en oeuvre la politique de protection de l'enfance définie à l'article L. 112-3 ou qui lui apportent leur concours sont autorisées à partager entre elles des informations à caractère secret afin d'évaluer une situation individuelle, de déterminer et de mettre en oeuvre les actions de protection et d'aide dont les mineurs et leur famille peuvent bénéficier. Le partage des informations relatives à une situation individuelle est strictement limité à ce qui est nécessaire à l'accomplissement de la mission de protection de l'enfance. Le père, la mère, toute autre personne exerçant l'autorité parentale, le tuteur, l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité sont préalablement informés, selon des modalités adaptées, sauf si cette information est contraire à l'intérêt de l'enfant.

Article L2112-2 du CASF

En outre, le conseil départemental doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CGIDD)

Article L174-16 du CSS

III.-Les établissements de santé et les organismes qui sont, à la date de la promulgation de la présente loi, désignés comme consultation de dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ou habilités en tant que centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles ou qui relèvent d'une collectivité territoriale ayant conclu une convention en application de l'article L. 3121-1 du code de la santé publique peuvent demander, jusqu'au 30 avril 2015, leur habilitation en tant que centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic en application de l'article L. 3121-2 du même code.

L'agence régionale de santé dispose d'un délai de quatre mois pour statuer sur la demande d'habilitation. L'absence de réponse dans ce délai vaut rejet implicite de la demande.

L'habilitation à fonctionner en tant que centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic prend effet au 1er janvier 2016.

Jusqu'au 31 décembre 2015, les établissements et organismes mentionnés au premier alinéa du présent III, qu'ils aient ou non obtenu l'habilitation mentionnée au deuxième alinéa, poursuivent leurs activités sous couvert des désignations, habilitations et conventions

délivrées en application des dispositions législatives et réglementaires applicables avant la date de publication de la présente loi.

A titre dérogatoire, une habilitation provisoire de deux ans peut être délivrée aux établissements et organismes qui ne sont pas en mesure, au jour de la prise d'effet de l'habilitation, d'effectuer l'ensemble des activités de centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic, à la condition qu'ils s'engagent à mettre en œuvre les conditions nécessaires à l'exercice de l'ensemble des activités dans ce délai de deux ans. A l'expiration du délai, l'habilitation prend fin et ne peut être renouvelée au centre qui n'exerce pas l'ensemble des activités mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique.

IV.-Pour l'année 2015, les activités de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement des infections sexuellement transmissibles mentionnées à l'article L. 3121-2-1 du code de la santé publique sont prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions prévues aux I et II de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale.

V.-Les III et IV du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2015. Les I et II entrent en vigueur le 1er janvier 2016.