

UNIVERSITE DE SAINT ETIENNE
FACULTE DE MEDECINE JACQUES LISFRANC

MEMOIRE DE D.E.S DE MEDECINE GENERALE

SOUTENANCE LE 16 AVRIL 2014

**Complexité d'une consultation de médecine
ambulatoire avec un patient migrant :
exemple d'une consultation PASS**

Année 2013-2014

Alice Marron Delabre

Table des matières

Lexique	3
I) Situation clinique	4
II) Prise en charge de la drépanocytose en médecine ambulatoire	7
1) Généralités sur la drépanocytose	
1. Physiopathologie	
2. Symptomatologie et complications	
3. Diagnostic de la maladie	
4. Les moyens thérapeutiques	
5. La drépanocytose dans le monde et en France	
2) Prise en charge ambulatoire	
1. Principes de prise en charge	
2. Place du médecin traitant	
3. Les mesures préventives	
4. Dépistage des signes de gravités	
5. Traitement ambulatoire de la crise douloureuse	
3) Retour sur la situation clinique	
III) Les mutilations sexuelles féminines	13
1) Généralités	
1. Définitions de L'OMS	
2. Les complications	
3. Prise en charge thérapeutique	
4. Origines des mutilations sexuelles féminines	
5. Epidémiologie	
6. Cadre législatif	
2) Les MSF en médecine générale	
3) Retour sur la situation clinique	
IV) Patient migrant en médecine générale	17
1) Inégalités de santé	
2) La consultation médicale	
3) Accès aux soins	
4) Retour sur la situation clinique	
Conclusion	19
Bibliographie	20
Annexes	22

Lexique

ALD : Affection Longue Durée

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

HAS : Haute Autorité de Santé

HTAP : Hypertension Artérielle Pulmonaire

INED : Institut National Etudes Démographiques

InVS : Institut de Veille Sanitaire

MSF : Mutilations Sexuelles Féminines

OACR : Occlusion Artère Centrale de la Rétine

SDM : Syndrome Drépanocytaire Majeur

TGI : Tribunal de Grande Instance

VHA : Virus de l'Hépatite A

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I) Situation clinique

Lundi 5 Novembre 2012 : je débute un nouveau semestre à la Permanence d'Accès aux Soins de Santé de Saint Etienne. Mme S. à rendez-vous à 13h30 heures ; il s'agit du premier rendez-vous de l'après-midi.

Je vais chercher Mme S. dans la salle d'attente. Elle est accompagnée de sa sœur. Ma première impression est celle d'une patiente réservée, et épuisée. Les deux femmes répondent à mon appel et s'installent face à moi dans le cabinet.

Mme S., 28 ans, est originaire de Guinée Equatoriale mais vivait au Sénégal depuis plusieurs années. Elle est arrivée en France depuis deux mois avec sa petite fille d'un an. Elle a pu rejoindre sa sœur aînée à Saint Etienne, qu'elle n'avait pas vu depuis une dizaine d'années, et qui les héberge. Les démarches pour une demande d'asile sont en cours.

Je l'interroge sur ses antécédents médicaux. Elle me dit avoir la drépanocytose. C'est pour cela qu'elle consulte aujourd'hui. Les deux sœurs pensent qu'elle est entrain de faire une « crise ». Elle se plaint d'une grande fatigue et d'une fièvre à 40°C depuis hier. La sœur de la patiente semble très inquiète. C'est elle qui prend la parole et qui répond aux questions. « On a déjà consulté aux urgences il y a quelques jours mais ca ne va pas mieux. », me dit elle. Son anxiété est fortement perceptible et presque agressive.

Le dossier des urgences indique comme motif de consultation l'« anxiété », une semaine auparavant. Mme S. a pu rencontrer un psychiatre. Mes yeux se posent directement sur la conclusion de son observation médicale: « aggravation récente d'un syndrome anxio-dépressif , liée à un passé traumatisant ». La patiente est sortie des urgences avec le rendez-vous d'aujourd'hui.

En survolant le dossier des urgences, je ne comprends pas. Il n'y a aucune notion de crise drépanocytaire. « Examen clinique sans particularité ». Aucun examen complémentaire n'a été réalisé.

J'interroge alors la patiente : « Vous leur en avez parlé de cette crise aux urgences ? ». La patiente, dont j'avais compris qu'elle comprenait bien le français, me montre alors qu'elle le parle aussi couramment. « J'y suis allée parce que ca n'allait pas, mais la crise n'a commencé qu'hier . » Sa sœur s'empresse : « Elle allait très mal. Elle ne mangeait plus, ne dormait plus et pleurait beaucoup. J'ai eu très peur et je l'ai amené aux urgences. »

L'angoisse de la sœur est communicative. Et je commence d'autant plus à me laisser envahir que je n'ai jamais vu de patient souffrant de crise drépanocytaire. Je me souviens que le chapitre « dépanocytose » est très bien décrit dans mon livre d'hématologie, souvenir qui me ramène à deux ans en arrière, lors des révisions de l'Examen Classant National. La définition et les symptômes me reviennent ; mais quels sont les signes de gravité ? Faut-il que j'hospitalise cette patiente ?

Je reviens à la consultation. Je sens que je ne parviendrai pas à avancer dans cette consultation si je ne reprends pas les choses au début, et surtout, en tête à tête avec la patiente. Je prétexte la nécessité d'intimité pour réaliser l'examen clinique. Les deux sœurs sont d'accord.

En dehors de la drépanocytose, il n'y a pas d'autre antécédent médical. Je fais préciser : pas de notion de crise drépanocytaire ni d'hospitalisation dans le passé, pas d'antécédent de

transfusion non plus. Pas d'antécédent chirurgical. On lui avait parlé de drépanocytose lors de son accouchement. Je commence un peu à me rassurer et je poursuis : « Vous avez eu combien d'enfant ? » « J'ai une fille d'un an. Elle est née au Sénégal en décembre 2011. L'accouchement a été compliqué, j'ai eu une déchirure. La cicatrice me fait toujours mal. Peut-être aussi à cause de l'excision... » La voix de la patiente est devenue tremblotante, il me semble qu'elle pleure.

L'examen clinique retrouve une fièvre à 38°C, des céphalées bilatérales modérées, et des myalgies diffuses. L'auscultation cardio-pulmonaire est normale. L'abdomen est souple. Je ne palpe ni hépatomégalie ni splénomégalie. La patiente ne se plaint pas de douleur aigue localisée. L'examen vulvaire révèle l'absence de petites lèvres et de clitoris. La douleur que décrit la patiente se situe à la partie inférieure de la vulve, en dessous de l'entrée du vagin. Il me semble d'ailleurs qu'il y a une petite adhérence entre les deux grandes lèvres. Séquelle d'excision ou de l'accouchement ?

Le tableau clinique finalement est compatible avec un syndrome pseudo-grippal. Je prévois tout de même une prise de sang pour faire le point sur sa drépanocytose : NFP et électrophorèse de l'hémoglobine. Du paracétamol pour la fièvre, les courbatures, et qui, je l'espère, sera efficace sur les douleurs vulvaires... Je reverrai la patiente avec les résultats.

Quatorze heures, la consultation devrait être déjà finie et je ne suis pas satisfaite. Il me semble que quelque chose m'échappe. En rédigeant l'ordonnance, je lâche une dernière question : « Et sinon, vous vous sentez bien depuis votre arrivée ? »

« J'ai très peur qu'on me renvoie au Sénégal. J'ai fui le pays pour protéger ma fille, que l'on voulait me forcer à faire exciser. C'est la tante de mon deuxième mari au Sénégal qui voulait la faire exciser. J'ai déjà perdu deux bébés docteur. J'ai accouché de jumelles en 2010, qui sont toutes les deux mortes, peu de temps après avoir été excisées. » Les larmes de la patiente sont pudiques ; je me sens moi-même envahie par une émotion qui dépasse l'empathie dont un médecin doit faire preuve.

Cette fois, la consultation me dépasse. Comment rassurer la patiente ? Je ne peux pas prédire de l'issue de cette demande d'asile, que je souhaite inconsciemment voir accepter. En voyant mon ordonnance, je réalise que je ne vais pas soigner ses douleurs vulvaires avec du paracétamol. Il faudrait qu'elle ait une consultation spécialisée avec un gynécologue et bien sûr, qu'elle puisse parler de son passé. Mais la patiente n'a pas d'assurance maladie et ne peut financer ces consultations. Je décide de joindre le médecin de la PASS qui encadre mon stage. J'apprends alors qu'il existe une équipe mobile de psychologues, nommée Interface, rattachée au service de psychiatrie du CHU, et qui intervient spécifiquement auprès de patients en situation de précarité. Et que je peux également lui prévoir une consultation en gynécologie au CHU, sans urgence.

Analyse du déroulement de la consultation :

Il s'agit d'une consultation que je n'ai pas très bien vécue en tant que médecin. Durant les premières vingt minutes de consultation, je me suis laissée imposer un diagnostic par la patiente et sa sœur. Mon manque d'expérience concernant la drépanocytose m'a déstabilisée et fait naître l'inquiétude de ne pas savoir prendre en charge cette patiente. Une grande partie de mon attention s'est focalisée sur le besoin de me remémorer rapidement mes cours de médecine, délaissant alors forcément Mme S.

Il faut ajouter à cela un deuxième motif de consultation, les douleurs vulvaires, dans un contexte d'excision. N'ayant, de nouveau, jamais eu l'occasion de voir de femme excisée, et n'en n'ayant jamais entendu parlé dans mes cours de médecine, je me laisse de nouveau déstabiliser. A la lecture de cette consultation, je réalise que j'occulte le problème durant la consultation. Ne sachant que faire, j'évite le sujet, et réponds à sa souffrance par du paracétamol.

Après trente minutes de consultation, le réel motif de consultation se révèle enfin : l'angoisse de se voir refuser sa demande d'asile, sous-tendu par un passé douloureux et encore à vif. Cette fois, c'est l'émotion qui prend le dessus, et je ne parviens à clôturer seule la consultation. Aux problèmes médicaux, il faut ajouter la complexité d'une consultation avec un patient primo-arrivant, en situation d'extrême précarité, financière et psychosociale.

A l'issue de cette consultation, trois problématiques seront développées :

- la drépanocytose en médecine ambulatoire
- les mutilations sexuelles féminines
- la prise en charge du patient migrant en médecine générale

II) Prise en charge de la drépanocytose en médecine ambulatoire

1) Généralités sur la drépanocytose

Maladie rare, elle est néanmoins la maladie génétique la plus répandue en France et dans le monde. Elle sévit surtout dans les zones d'endémies palustres. La mutation drépanocytaire, à l'état hétérozygote, confère en effet une protection partielle vis-à-vis du paludisme. Apparue entre -1100 et -200 avant J.C en Afrique et en Asie, elle est ensuite exportée avec les traites d'esclaves puis par l'émigration.¹

1) Physiopathologie ²

Les symptômes de la maladie sont la conséquence d'une anomalie structurale de l'hémoglobine, normalement composée de 2 paires de globines:

- l'hémoglobine Adulte, ou HbA1, composée de 2 chaînes alpha et 2 chaînes bêta ; très majoritaire chez l'enfant et l'adulte.
- une variante rare, l'HbA2, composée de 2 chaînes alpha et 2 chaînes delta
- chez le fœtus, l'HbF, prédominante durant les trois premiers mois de vie.

La mutation génétique à l'origine de la drépanocytose se situe au niveau du gène de la globine bêta. L'hémoglobine anormale est appelée hémoglobine S, ou HbS.

La drépanocytose se transmet de façon autosomique récessive. Les syndromes drépanocytaires majeurs s'observent chez les homozygotes SS, mais également chez les hétérozygotes composites pour l'HbS et pour une mutation bêta thalassémique, ou l'HbS et une autre hémoglobine anormale (HbC, HbO-Arab et HbD-Punjab principalement).

Un patient porteur sain est hétérozygote AS, et ne présente, en général, pas de manifestation clinique de la maladie.

En situation de désoxygénation, se produit une polymérisation de l'HbS qui confère une forme de faucille à l'hématie. Elle est responsable de thrombose au niveau des petits capillaires et d'une hémolyse liée à la destruction par les macrophages de ces hématies bloquées.

2) Symptomatologie et complications ^{2,7}

Dans les premiers mois de vie, l'hémoglobine fœtale confère une protection au nourrisson. Les premières complications apparaissent entre 2 mois et 2 ans.

En dehors d'accidents aigus, la symptomatologie est assez pauvre : pâleur, subictère cutanéomuqueux, splénomégalie.

Les complications aiguës de la drépanocytose sont les suivantes :

- **crises vaso-occlusives**, qui se manifestent par l'apparition de douleurs brutales et très intenses. Ces crises, de gravité variable, peuvent intéresser tous les territoires :
 - ostéoarticulaire ; avec notamment le « syndrome pieds-mains » chez l'enfant
 - pulmonaire (syndrome thoracique aigu)
 - abdominale (infarctus splénique)
 - AVC, OACR, priapisme...
- **crises de déglobulisation aiguë** secondaire le plus souvent à une hyperhémolyse, une séquestration splénique aiguë ou à une érythroblastopénie liée à une infection par le parvovirus B19. Elle se définit par une hémoglobine inférieure de 2g/dL par rapport à celle de base.
- **infections**, en raison de l'asplénie fonctionnelle due aux infarctus spléniques (germes encapsulés (pneumocoque, méningocoque), salmonelle, staphylocoque...).

Les complications chroniques sont le résultat de crises vaso-occlusives et infections répétées :

- chez l'enfant, risque de retard staturo-pondéral, retard pubertaire, séquelles psychologiques.
- chez l'adulte, possibles séquelles post AVC, cardiomyopathie, néphropathie, ulcères cutanés, rétinopathie, impuissance, fausse-couche...

3) Diagnostic de la maladie ²

Il est fait grâce à l'électrophorèse de l'hémoglobine, qui doit être réalisée à 3 mois minimum d'une transfusion sanguine.

Chez le patient malade, elle confirme l'absence d'HbA (sauf chez les patients Sβ+ thalassémiques), la présence d'HbS et/ou d'HbC, et indique la proportion d'HbA2 et d'HbF.

L'hémogramme montrera une anémie normocytaire normochrome régénérative à 7-9g/dL.

4) Les moyens thérapeutiques ²

La prise en charge thérapeutique de la drépanocytose repose sur :

- une prise en charge antalgique adaptée
- la transfusion voire la saignée-transfusion, ponctuelle ou régulière
- une antibiothérapie, préventive ou curative, active sur les germes encapsulés
- un médicament orphelin, l'hydroxyurée, dans les formes les plus graves (augmentation du taux d'HbF et diminution de la polymérisation de l'HbS)
- greffe de moelle osseuse à partir d'un frère ou une sœur HLA compatible

5) La drépanocytose dans le monde et en France ³

Avec 50 millions de malades dans le monde, l'OMS en fait, depuis 2006, une priorité de santé publique. Elle est très fréquente en Afrique subsaharienne, aux Antilles, en Inde, en Amérique du Nord, et dans les pays du bassin méditerranéen.

En France, il s'agit actuellement de la maladie génétique la plus fréquente. Un dépistage néonatal s'est généralisé en France métropolitaine en 2000. Il s'agit d'un dépistage ciblé, chez les enfants « à risque ». (ANNEXE 1)

D'après le BEH du 3 juillet 2012 édité par l'InVS, voici les chiffres de la drépanocytose en France en 2010:

- 409 SDM et 11158 porteurs sains diagnostiqués en 2010
- une incidence moyenne en métropole de 1/2364 pour l'ensemble des naissances
- grandes disparités selon les régions: 70% des SDM recensés en Île-de-France
- 31,5 % des nouveaux-nés dépistés en Rhône-Alpes et 1 SDM sur 3600 naissances diagnostiqué

2) Prise en charge ambulatoire ²

1) Principes de prise en charge

La drépanocytose est une maladie complexe et chronique. La réussite de la prise en charge des patients repose sur :

- le réseau de soins autour du patient : médecin traitant, hôpital de proximité et centre spécialisé
- les moyens thérapeutiques
- l'éducation thérapeutique du patient et son entourage familial, scolaire, paramédical
- l'approche psychologique et sociale de la maladie.

2) Place du médecin traitant

Elle est définie dans les *Recommandations pour la pratique clinique* éditées en 2010 par l'HAS concernant la prise en charge des syndromes drépanocytaires : « Le médecin généraliste est impliqué dans la prise en charge globale du patient et notamment la conduite du programme vaccinal, la surveillance des complications et le soutien psychologique. »

Le rôle du médecin traitant consiste ainsi en :

- suivi global du patient
- réalisation des vaccinations
- renouvellement de l'antibioprophylaxie quotidienne de l'enfant
- prise en charge des crises douloureuses
- diagnostic des signes de gravité / critères d'hospitalisation
- repérage des complications chroniques
- connaissance des médicaments à utiliser avec prudence (ANNEXE 2)
- déclaration de la maladie au titre d'ALD 30

Il assure la liaison entre les différents acteurs du réseau de soins :

- services spécialisés et d'urgence
- médecins scolaires et enseignants, ou médecin du travail
- orientation vers des travailleurs sociaux, psychologues, associations de malades

Le médecin traitant participe à l'éducation thérapeutique du patient :

- informations concernant la maladie, ses complications, ses traitements
- assurer la pérennité des mesures préventives
- évaluation de la compréhension de la maladie par le patient et l'entourage
- évaluation de l'observance
- connaissance du mode de vie et projet de vie du patient

Sa relation privilégiée avec le patient peut lui permettre :

- d'accompagner psychologiquement le patient et son entourage
- d'accompagner la transition de l'enfance à l'adolescence puis à l'âge adulte

3) Les mesures préventives

Elles consistent en:

- l'éviction des facteurs déclenchant
- la lutte contre les infections
- une supplémentation nutritionnelle (acide folique, zinc, vitamine D)
- une hydratation abondante

Les objectifs de cette prévention sont de :

- diminuer la morbi-mortalité de la maladie
- éviter les hospitalisations
- assurer le confort de vie et l'intégration sociale du patient.

Les facteurs favorisant de crises vaso-occlusives douloureuses sont :

- modifications thermiques
- déshydratation
- infection
- hypoxie : efforts violents, altitude >1500m, avion, vêtements serrés
- excitants : alcool, tabac, drogues

La **lutte contre les infections** consiste :

- en un renforcement des vaccinations chez l'enfant:
 - antipneumococcique, antigrippal annuel à partir de 6 mois, antiméningococcique à partir de 2 mois
 - anti VHB (transfusions)
 - anti VHA et anti typhoïde (voyage en zones d'endémie)
- une antibioprofylaxie continue par pénicilline G du 2^{ème} mois au 5 ans de l'enfant
- une bonne hygiène corporelle
- traitement de foyers infectieux potentiels (plaie cutanée, carie dentaire)

4) Dépistage des signes de gravités

Connus du médecin, ils doivent être enseignés au patient et son entourage:

- signe de détresse respiratoire
- signe neurologique ou altération de la conscience
- fièvre supérieure 38,5°C chez un enfant de moins de 3 ans, supérieure à 39°C au-delà
- pâleur brutale, asthénie, altération de l'état général
- augmentation brutale du volume de la rate ou de l'abdomen
- signes de défaillance hémodynamique
- défaillance viscérale connue (insuffisance rénale, HTAP)
- caractère inhabituel de la crise
- crise non calmée par des antalgiques de palier 1 et 2
- priapisme
- crise douloureuse chez une femme enceinte

La survenue d'un de ces signes nécessite l'orientation vers un service d'urgences.

5) Traitement ambulatoire de la crise douloureuse

En l'absence de signe de gravité, un traitement de la douleur à domicile peut être envisagé :

- Augmentation des apports hydriques: 2 à 3 litres d'eau et 0,5 litre d'eau de Vichy / jour
- Eviter les sodas
- Repos au calme et au chaud
- Bouillote sur la zone douloureuse
- Antalgiques de palier 1 ou 2 mais pas de produits morphiniques à domicile
- Eviter la prise d'ibuprofène si douleurs abdominales
- Arrêt de l'activité et réévaluation à 24 heures de la douleur.

3) Retour sur la situation clinique

Cette recherche sur la drépanocytose m'a fait réaliser que mes connaissances de la maladie étaient très limitées. Dans mon cas, la patiente était en fait hétérozygote pour la maladie. Pour autant, si elle avait souffert d'un SDM, la fièvre de la patiente aurait pu justifier que je l'oriente vers un service d'urgences.

Il me semble que l'enjeu pour le médecin généraliste est une meilleure connaissance de la maladie. D'abord parce que l'on peut s'attendre à ce que le nombre de malades continue à croître en France. Ensuite, parce qu'une bonne coordination des soins et adhésion du patient améliore grandement sa qualité de vie. Enfin, parce que près d'un tiers des SDM sont dépistés à l'âge adulte.

On pourrait se poser la question de faire systématiquement un dépistage des migrants originaires de pays d'endémie, lors de leur arrivée en France, ou au moins parmi eux, des femmes enceintes. Soit pour anticiper les complications durant la grossesse, soit pour proposer un dépistage anténatal.

Une thèse, soutenue en 2012 par le Dr Sébastien Couderette, a laissé la parole à 30 patients drépanocytaires du CHU de Thenon, concernant la place qu'ils accordaient à la médecine ambulatoire pour leur maladie.⁵ Il a mis en évidence que les patients étaient prêts à confier

leur maladie à leur médecin généraliste; parmi les facteurs limitant, les plus fréquents sont la méconnaissance de la maladie, le manque de disponibilité du médecin, les délais de rendez-vous ainsi que le ressenti d'un manque d'intérêt vis-à-vis de leur pathologie. Autant de pistes pour essayer d'améliorer notre prise en charge.

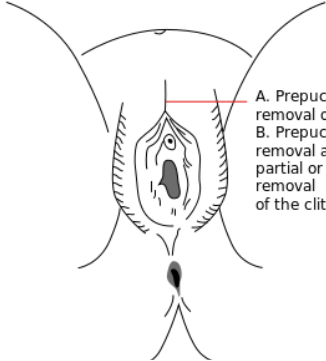
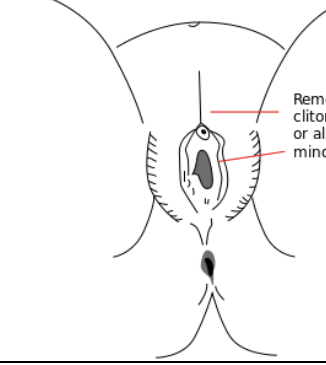
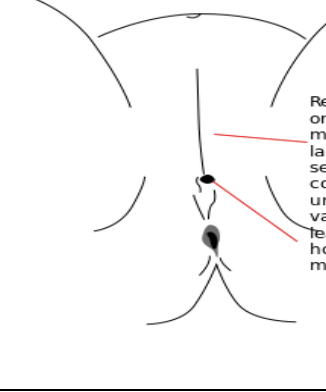
II) Les mutilations sexuelles féminines

1) Généralités

4) Définitions de L'OMS ⁶

« Les mutilations sexuelles féminines désignent toutes les interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre mutilation de ces organes pratiquée pour des raisons culturelles ou autres et non à des fins thérapeutiques. »

La classification établie par l'OMS en 2007 des différents types de mutilation est la suivante :

<p>Type I : Ablation partielle ou totale du clitoris et/ou du prépuce (clitoridectomie)</p>	 <p>A. Prepuce removal only or B. Prepuce removal and partial or total removal of the clitoris</p>
<p>type Ia : ablation du capuchon clitoridien ou du prépuce uniquement</p>	
<p>type Ib : ablation du clitoris et du prépuce</p>	
<p>Type II : Ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres (excision)</p>	 <p>Removal of the clitoris plus part or all of the labia minora</p>
<p>type IIa : ablation des petites lèvres uniquement</p>	
<p>type IIb : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres</p>	
<p>type IIc : ablation partielle ou totale du clitoris, des petites lèvres et des grandes lèvres</p>	 <p>Removal of part or all of the labia minora, with the labia majora sewn together, covering the urethra and vagina and leaving a small hole for urine and menstrual fluid</p>
<p>Type III : Rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris (infibulation)</p>	
<p>type IIIa : ablation et accolement des petites lèvres</p>	
<p>type IIIb : ablation et accolement des grandes lèvres</p>	<p>Removal of part or all of the labia minora, with the labia majora sewn together, covering the urethra and vagina and leaving a small hole for urine and menstrual fluid</p>
<p>Type IV : Non classées : toutes les autres interventions nocives pratiquées sur les organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques, telles que la ponction, le percement, l'incision, la scarification et la cautérisation.</p>	

5) Les complications ^{6,7}

Les **complications immédiates** sont infectieuses (infection locale, septicémie, tétanos, VIH, VHB et VHC), urinaires, hémorragiques et bien sûr la douleur intense.

Les **complications tardives** sont :

Urinaires : infections et incontinence, dysurie

Cicatricielles : abcès, chéloïdes, névromes

Sexuelles : frigidité, anorgasmie, dyspareunie

Gynécologiques : infertilité, stérilité, infection, dysménorrhée, hématocolpos

Obstétricales : déchirure périnéale, hémorragie du postpartum, infection, fistule, césarienne, souffrance fœtale et mortalité périnatale

Psychologiques : névrose, dépression, anxiété, troubles du comportement

6) Prise en charge thérapeutique ^{7,8}

La prise en charge des victimes ne peut être que pluridisciplinaire : médicale, psychologique, sexologique, sociale, et parfois chirurgicale.

La prise en charge chirurgicale repose sur :

- la prise en charge des complications (exérèse de kystes, désinfibulation)
- la réparation vulvaire avec clitoridoplastie ⁸

7) Origines des mutilations sexuelles féminines ⁹

Les MSF seraient contemporaines de la circoncision. Apparues il y a près de 3000 ans en Egypte Antique, elles se sont ensuite répandues au Moyen-Orient, en Afrique, en Asie et en Europe.

Les motivations de cette pratique sont nombreuses :

- **Religieuse** : bien que jamais citée dans les textes religieux
- **Prophylactique** : meilleure hygiène et lutte contre les infections
- **Esthétique**
- **Sociale** : rite initiatique
- **Mythique** : renoncement de la bisexualité du nouveau né

Elle est un moyen de **maîtriser la sexualité des femmes** :

- En limitant leurs désirs sexuels
- En assurant la virginité pré-nuptiale et la fidélité conjugale
- En les préservant du mésusage qu'elles pourraient faire de leur corps.

L'âge auquel les MSF sont réalisées est variable d'un pays à l'autre, de la naissance à l'âge de 15 ans, voire chez la femme adulte juste avant le mariage.

8) Epidémiologie ^{6,7}

Il y a entre 100 et 140 millions de jeunes filles et de femmes ayant subi des MSF dans le Monde et 3 millions de nouvelles victimes chaque année d'après l'OMS.

28 pays d'Afrique sont concernés, ainsi que plusieurs pays du Moyen-Orient, d'Asie, et d'Amérique du sud.

Un rapport de l'INED réalisé en 2004 recense entre 42000 et 61000 le nombre de femmes victimes de MSF en France. Elles sont majoritairement originaires de pays de l'Afrique de l'ouest (Sénégal, Mali, Mauritanie, Guinée Conakry).

5) Cadre législatif (ANNEXE 3)

Les MSF sont un crime et font l'objet de sanctions pénales (peine d'emprisonnement et amende).

Ces peines peuvent être encourues par l'auteur de la mutilation, ses complices, les personnes ayant autorité sur la victime, et toute personne ayant eu connaissance du projet.

Le Code pénal s'applique pour les MSF réalisées en France ainsi que celles réalisées à l'étranger lorsque la victime est de nationalité française ou réside habituellement en France.

Une action en justice peut être engagée jusqu'à 20 ans après la majorité de la victime.

Le Code pénal et le Code de déontologie médicale prévoient la levée du secret médical et l'obligation de signalement des mineures victimes de MSF ou à risque de l'être.

2) Les MSF en médecine générale ^{10,11}

En 2004, l'Académie nationale de médecine édite des « recommandations visant à l'éradication des mutilations sexuelles féminines ». Elle y précise notamment comment améliorer nos pratiques médicales.

Le médecin généraliste a un rôle de **repérage** des victimes, afin d'aborder le sujet avec elles. Et ce en vue :

- De les informer sur les MSF
- De poser le diagnostic clinique
- Rechercher des complications secondaires
- D'expliquer à la patiente ce qu'elle a subi
- De l'informer sur la possibilité d'une prise en charge psychologique, sexologique et l'existence d'une chirurgie réparatrice

Ce repérage a également un objectif de **prévention** de la survenue de MSF, dans les familles ou le risque peut exister, en :

- Informant de l'interdiction légale de la pratique en France et à l'Etranger des MSF, et de leurs sanctions pénales
- Informant sur les mesures de protection à l'enfance
- Expliquant les risques immédiats et séquelles possibles
- En examinant les organes génitaux des petites filles.

Le médecin généraliste a également pour rôle celui de **protéger**. Il a pour obligation légale de réaliser :

- un signalement auprès du Procureur de la République du TGI du lieu de résidence de la victime, en cas de constatation ou de menace imminente d'une mutilation chez une mineure
- un signalement auprès du Procureur de la République ou du médecin de la Cellule de recueil de traitement et d'évaluation, en cas de risque non imminent, qui se chargera d'évaluer la situation

La démarche est la même pour une femme majeure, à condition d'avoir obtenue au préalable son consentement écrit.

La médecine générale pourrait être un lieu privilégié pour participer au dépistage et à la prévention des mutilations. Cela suppose que nous soyons sensibilisé et formé à ce sujet, dès le début de nos études médicales. C'est ce que prévoit la circulaire interministérielle N°DGS/SD2C/2007/98 du 8 mars 2007 relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines.

3) Retour sur la situation clinique

A la relecture de la situation clinique, on ne peut que constater mon malaise concernant l'antécédent d'excision de la patiente. Pour plusieurs raisons: j'en ai déjà entendu parlé mais je n'en ai jamais vu ; je manque de connaissances médicales sur le sujet ; et surtout, je ne sais pas quoi faire. A aucun moment, je n'ai pensé à rechercher d'autres complications que ses douleurs. Mon statut d'interne me déculpabilise de faire appel au médecin qui encadre mon stage. Mais il n'est pas toujours aisé pour un médecin de ne pas savoir. Qu'aurais-je fait si j'avais été installée en médecine libérale ? Aurais-je répondu à sa souffrance par du paracétamol ?

En 2007, le Dr Miléna Wehenkel soutient sa thèse sur les pratiques de médecins généralistes de 4 arrondissements parisiens en matière de dépistage et de prévention des MSF.¹² Il en ressort, entre autre, qu'il s'agit d'un sujet difficile à aborder pour les médecins, « par peur de manquer de respect à la patiente » ou par méconnaissance du sujet.

En 2011, dans sa thèse intitulée « Les Internes en Médecine Générale Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement » et réalisée auprès d'internes de médecine générale d'Ile-de-France, le Dr Anne Laurens Doucoure fait le constat d'un manque de connaissance des internes et d'une formation universitaire insuffisante sur le sujet.¹³ Elle nous propose un schéma de consultation pour aborder le sujet des MSF. (ANNEXE 4)

III) Patient migrant en médecine générale

1) Inégalités de santé ^{14,15}

Plusieurs études françaises concernant l'état de santé et l'accès aux soins des immigrés mettent en évidence l'existence d'inégalités de santé liées à la migration et de disparités selon les pays d'origine.

Ces inégalités sont confirmées par une différence de recours aux soins et d'accès aux mesures de prévention entre population française et population immigrée. Des travaux mettent notamment en évidence un plus grand taux de renoncement aux soins. En France, les patients originaires des pays les plus riches sont en meilleure santé que les patients originaires de pays plus pauvres.

La santé des migrants semble de plus s'altérer avec la durée de résidence dans le pays d'accueil. Plusieurs explications à ce phénomène : emplois pénibles, conditions socio-économiques précaires, chômage élevé, discrimination plus importante, difficulté d'accès à une complémentaire santé, manque de soutien social, moindre connaissance du système de soins. A cela s'ajoute parfois un refus de soins de la part des professionnels de santé et des difficultés de communication avec les médecins.

2) La consultation médicale

La médecine générale est un des premiers lieux de recours aux soins de ces patients. La consultation du patient migrant est une consultation complexe. Elle fait partie des situations de soins décrites dans le référentiel métier et compétences du médecin généraliste.¹⁶

Le médecin, pour répondre au mieux aux attentes du patient, doit faire un « **diagnostic global de la situation** » :

- Ancienneté de l'arrivée en France ?
- Raisons de l'exil ?
- Histoire de vie ?
- Statut familial et social ?
- Conditions d'hébergement et d'alimentation ?
- Emploi et conditions de travail ?
- Ressources financières ?
- Démarches administratives en cours ?
- Projet de vie ?
- Antécédents personnels et familiaux ?
- Conduites à risque ?

Pour ces patients vulnérables, la qualité de l'accueil et de l'écoute va conditionner la suite de la relation avec le médecin. Au delà des problèmes médicaux et sociaux exprimés, il faut entendre la demande de relation et de reconnaissance. Il faut prévoir plusieurs rendez-vous, pour comprendre la plainte réelle.

La priorisation d'autres difficultés de vie explique parfois un manque d'observance des traitements, des rendez-vous médicaux, et un recours aux soins dans l'urgence. L'absence de compréhension des prescriptions n'est pas toujours avouée par les patients. Tout cela ne facilite pas la prise en charge médicale. Il est essentiel d'intégrer le patient dans son environnement, pour ne pas avoir d'attitudes discriminatoires.

3) Accès aux soins ^{15,17}

Le médecin peut réaliser une première consultation gratuite. Mais pour garantir la continuité des soins, l'accès du patient à une protection maladie est indispensable. Il est important que le médecin puisse l'orienter vers un travailleur social ou une structure d'accueil des migrants pour faire ouvrir des droits. Il existe plusieurs types de prise en charge (ANNEXE 5):

- la Couverture Mutuelle Universelle (CMU) de base
- la Couverture Mutuelle Universelle complémentaire (CMUc)
- l'Aide Médicale Etat (AME)
- l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

En cas de nécessité de soin, de traitement ou de réalisation d'examens complémentaires, des structures peuvent pallier à l'absence de couverture maladie:

- **Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou PASS ¹⁷:**

Les PASS sont des dispositifs de l'hôpital public nés de la Loi de lutte contre l'exclusion du 29 Juillet 1998. Elles ont vocation à assurer la prise en charge médicale et sociale de personnes dépourvues d'assurance maladie ou de complémentaire santé, ou de personnes désocialisées nécessitant un accompagnement dans le soin. Les objectifs, redéfinis dans la circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013, sont de permettre un accès aux soins de ces publics précaires dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population ainsi que leur intégration dans le système de droit commun.

- **Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité**

- **Centres de soins gratuits :**

- Centres de Protection Maternelle et Infantile
- Centres de Planification et d'Education Familiale
- Centre de Lutte Antituberculeux
- Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit
- Centre de vaccination
- Centre de Soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

4) Retour sur la situation clinique

La consultation s'est réalisée au sein de la PASS de Saint Etienne, ce qui a facilité la prise en charge. Mme S. y avait déjà rencontré l'assistant social. Une demande d'asile était en cours. La prise de sang a pu être réalisée juste après la consultation par l'infirmière.

Déjà compliquée pour moi, je ne sais pas comment j'aurais pu gérer cette consultation en ambulatoire, sans connaissance de la PASS. Peut-être l'aurais-je envoyée aux urgences.

Les structures de soins gratuits sus-citées existent sur Saint Etienne. Leur connaissance et la création d'un réseau doivent faire partie des objectifs d'apprentissage du DES de médecine général. Dans leur thèse en binôme, Irène Mériaux et Ségolène Ernst mettent en évidence une insuffisance de formation des internes concernant les publics précaires.¹⁸ Au cours des stages, ces patients ne leur sont pas toujours présentés de manière positive. Sur les 250 internes interrogés, 47% ont une représentation négative du tiers payant : 25% pensent qu'il déresponsabilise le patient, 22% qu'il entrainerait une surconsommation de soins. Le tiers payant aurait en fait un rôle de justice sociale, permettant aux patients précaires de tendre vers la même qualité de santé que les patients plus aisés.¹⁹ L'absence de formation risque de laisser la place aux jugements de valeur et aux représentations négatives.

Conclusion

La consultation avec un patient migrant ou en situation de précarité n'est pas une consultation facile de médecine générale. Les plaintes et attentes de Mme S. m'ont mise en difficulté, me faisant un peu perdre le fil de la consultation.

Ce travail de mémoire m'a obligée à me former sur des sujets que je maîtrisais peu ou mal, et pour lesquels la formation universitaire est insuffisante.

Il m'a également fait réaliser que les difficultés de communication que nous pouvons avoir avec des patients étrangers sont loin d'être de leur seul fait. Certains sujets mettent les médecins mal à l'aise, parfois plus que les patients eux-mêmes.

Je me sens aujourd'hui davantage concernée par ces problèmes inhérents à la migration, à l'exil. Le médecin généraliste est un observateur privilégié de ces populations. Il peut témoigner de leurs grandes difficultés de vie. L'empathie, la bienveillance dont nous devons faire preuve pour chaque patient prennent tous leur sens auprès de ces personnes fragiles.

Il faut avoir l'énergie de commencer une consultation en sachant que cela va être compliqué ; qu'il va falloir répéter, reformuler, dessiner, mimer ; qu'il va falloir essayer de comprendre. C'est ce qui rend notre métier si riche.

Bibliographie

- 1) Terchnia G. La longue histoire de la drépanocytose. Rev Prat. 2004; 54 : 1618-21.
- 2) HAS. Guide – Affection de longue durée. Syndromes drépanocytaires majeurs de l'adulte – Protocole national de diagnostic et de soins pour une maladie rare. Janvier 2010. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/ald_10_guide_drepano_adulte_web.pdf , consulté le 2 décembre 2013.
- 3) Bardakdjian-Michau J, Roussey M. Le dépistage néonatal de la drépanocytose en France. Bull Epidémiologique Hebdomadaire. 2012; 27-28 : 313-7.
- 4) De Montalembert M. Suivi d'un enfant drépanocytaire. Rev Prat. 2003; 628 : 1361-4.
- 5) Couderette S. Prise en charge ambulatoire d'une pathologie chronique rare, la drépanocytose : place et rôle du médecin traitant à partir d'un questionnaire patient. Th D Méd, Paris 6 ; 2012.
- 6) OMS. Les mutilations sexuelles de santé. Rapport du secrétariat général au 122e Conseil exécutif de l'OMS. 2008. http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/fr/, consulté le 13 décembre 2013.
- 7) Comité Médicale pour les Exilés (COMEDE). Migrants/étranger en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels. Edition 2008.
- 8) Foldes P. Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle. Prog Urol. 2004 ; 14 : 47-50.
- 9) Couchard F. L'excision. Collection que sais-je? PUF; 2003.
- 10) Académie nationale de médecine. Recommandations concernant les mutilations sexuelles féminines. Bull. Acad. Natle Méd. 2004 ; 188 (6) : 1041-54. <http://www.academie-medecine.fr/%20publication100035247/>, consulté le 13 décembre 2013.
- 11) Gynécologie sans Frontière. Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines. Ministère de la santé et des sports. 2010. <http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>, consulté le 14 décembre 2013.
- 12) Wehenkel M. Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale. Th D Méd, Paris 6 ; 2007.
- 13) Laurens Doucoure A. Les Internes en Médecine Générale Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement. Th D Méd, Paris 5 ; 2011.
- 14) Berchet C, Jusot F. Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature. Bull Epidémiologique Hebdomadaire. 2012; 2-3-4 : 17-20.
- 15) Rédaction Prescrire. Accès aux soins en France : des difficultés croissantes pour les plus démunis. Rev Prescrire. 2012 ; 32 (247) :700-1.

16) CNGE. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2009. http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/26_Referentiel_Metier_et_Competences_MG.pdf, consulté le 8 janvier 2014.

17) Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/R4 n° 2013-246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-07/ste_20130007_0000_0078.pdf, consulté le 20 janvier 2014.

18) Ernst S, Mériaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Th D Méd, Marseille ; 2013.

19) Dourgnon P, Grignon M. Le tiers-payant est-il inflationniste ? Questions d'économie de la santé IRDES. 2000 ; 27. <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes27.pdf>, consulté le 8 janvier 2014.

ANNEXE 1 : Critères de ciblage des nouveau-nés à risque de syndrome drépanocytaire majeur en France métropolitaine ³

Tableau 1 Critères de ciblage des nouveau-nés à risque de syndrome drépanocytaire majeur en France métropolitaine, 2012 / Table 1 Criteria for targeting newborns at risk for major sickle cell disease syndrome in Metropolitan France, 2012

Origine géographique des populations concernées par la drépanocytose (régions à risque) :

Départements français d'outre-mer : Antilles, Guyane, la Réunion, Mayotte

Tous les pays d'Afrique subsaharienne et le Cap-Vert

Amérique du Sud (Brésil), Noirs d'Amérique du Nord

Inde, Océan Indien, Madagascar, Île Maurice, Comores

Afrique du Nord : Algérie, Tunisie, Maroc

Italie du Sud, Sicile, Grèce, Turquie

Moyen-Orient : Liban, Syrie, Arabie Saoudite, Yémen, Oman

Actuellement, pour que le nouveau-né soit testé :

- 1- Les deux parents doivent être originaires d'une région à risque.
- 2- Un seul des deux si le deuxième n'est pas connu.
- 3- S'il existe des antécédents de syndrome drépanocytaire majeur dans la famille.
- 4- S'il existe un doute pour les critères 1, 2, 3.

ANNEXE 2 : Médicaments à utiliser avec prudence chez les patients drépanocytaires ²

**Médicaments à utiliser avec prudence
chez les patients adultes drépanocytaires**

Corticoïdes : ils peuvent déclencher des CVO éventuellement sévères. Si indication formelle à leur utilisation, faire au préalable un échange transfusionnel.

AINS : contre-indiqués en cas de suspicion d'infection, d'atteinte rénale, de grossesse, de traitement par IEC ou sartan.

Benzodiazépines : risquent de provoquer une dépression respiratoire et une désaturation nocturne.

Diurétiques : augmentent la viscosité et provoquent une déshydratation aggravant les CVO.

Morphiniques à domicile.

Mifépristone : pas de contre-indication formelle à son utilisation pour une interruption volontaire de grossesse mais risque d'induction de CVO sévère.

ANNEXE 3 : Les mutilations sexuelles féminines : dispositions législatives (Code pénal)

Il n'existe pas en droit français de qualification juridique spécifique pour les mutilations sexuelles. Ces pratiques peuvent être poursuivies et sanctionnées en matière criminelle au titre soit :

- **de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente**, infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs de quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
- **de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner**, infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs de quinze ans.

Une action en justice peut également être engagée au titre **de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours** (article 222-12 du code pénal) qui prévoit une sanction de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans.

En 2013, le législateur a introduit deux nouveaux délits (article 227-24-1 du code pénal) permettant de punir de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende,

- « le fait de faire à un mineur des offres ou des promesses ou de lui proposer des dons, présents ou avantages quelconques, ou d'user contre lui de pressions ou de contraintes de toute nature, afin qu'il se soumette à une mutilation sexuelle alors que cette mutilation n'a pas été réalisée »,
- le fait « d'inciter directement autrui [...] à commettre une mutilation sexuelle sur la personne d'un mineur, lorsque cette mutilation n'a pas été réalisée »

Le **délai de prescription** en matière d'action publique, article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, est porté à **20 ans à compter de la majorité de la victime** pour :

- les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du code pénal) ;
- les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du code pénal).

Répression des mutilations sexuelles commises à l'étranger

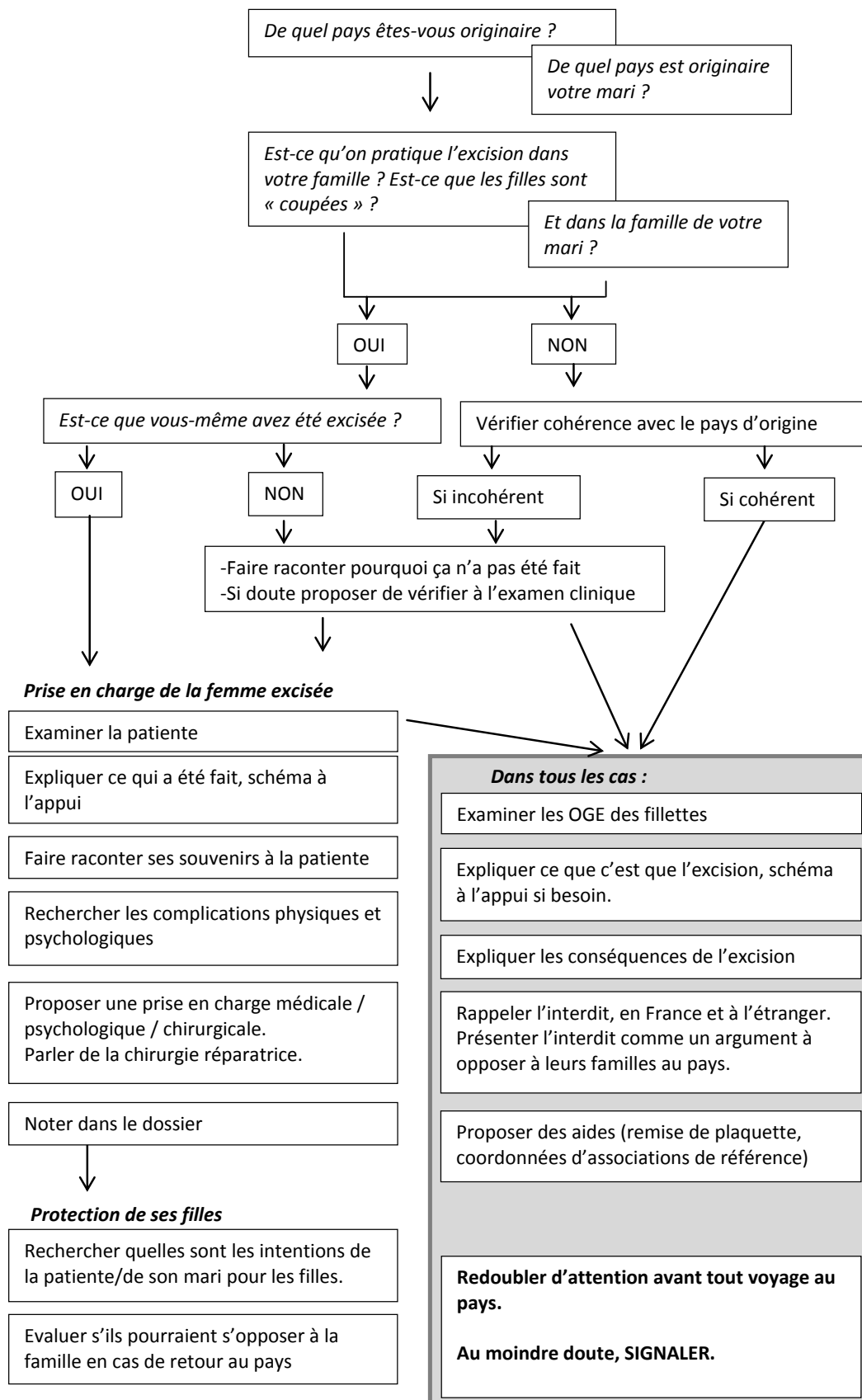
L'article 222-16-2 prévoit que « dans les cas où les crimes et les délits prévus par les articles 222-8, 222-10 ou 222-12 » – soit respectivement des violences ayant entraîné la mort, une mutilation ou une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours (ce qui correspond aux qualifications pouvant être retenues pour sanctionner les cas de mutilations sexuelles) – « sont commis à l'étranger sur une victime mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de l'article 113-7 » de ce même code, qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Les dispositions générales, visées à l'article 113-8 du code pénal qui prévoit que, préalablement à l'engagement de toute poursuite d'un délit commis à l'étranger, une plainte, soit de la victime, soit de ses ayants droit, ou une dénonciation de l'Etat étranger est nécessaire, ne sont pas applicables pour l'infraction prévue par l'article 222-12 de ce même code, à savoir les violences ayant entraîné une incapacité totale de travail supérieure à huit jours.

La possibilité de lever le secret professionnel en cas de mutilations sexuelles

Le code pénal prévoit, par dérogation à l'article 226-13, la levée du secret professionnel, notamment du secret médical, en cas d'atteintes sexuelles infligées à un mineur ou à toute personne n'étant pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique (point 1 de l'article 226-14 du code pénal).

ANNEXE 4: Proposition d'un schéma de consultation pour aborder le sujet des MSF en médecine générale, Dr Anne Laurens Doucoure ¹³



ANNEXE 5 : Définitions CMU base, CMUc, AME, ACS ⁷

CMU de base (loi n° 99-641 du 27 juillet 1999)

La CMU de base permet l'accès à l'Assurance Maladie pour toute personne de nationalité française ou étrangère, résidant en France depuis plus de trois mois de manière stable et régulière, et qui n'est pas déjà couvert par un régime de Sécurité sociale. Elle donne droit à la réalisation du tiers payant mais pas à l'exonération du ticket modérateur.

Elle est gratuite pour les assurés ayant un revenu inférieur à un plafond annuel de 9534 euros du 1^{er} octobre 2013 au 30 septembre 2014. Les autres devront s'acquitter d'une cotisation de 8 % de la part de leurs revenus fiscaux supérieure à ce plafond.

CMU complémentaire

La CMUc est une complémentaire santé gratuite qui prend en charge ce qui n'est pas couvert par les régimes d'assurance maladie obligatoire. Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier. Elle donne droit à l'application des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires.

La CMUc est accordée pour un an sous condition de ressources. Le plafond annuel de ressources pour l'attribution de la CMUc, applicable au 1^{er} juillet 2013, est fixé à 8593 euros par an pour une personne seule en métropole.

Aide médicale Etat

Elle est proposée aux personnes étrangères pouvant justifier de plus de trois mois de résidence sur le territoire français, en situation irrégulière, et ayant des revenus inférieurs au plafond défini pour l'obtention de la CMUC.

Les bénéficiaires de l'AME sont :

- personne étrangère en situation irrégulière au regard de la réglementation relative au séjour en France (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande)
- personne ayant droit du bénéficiaire de l'AME (enfant, personne à charge)
- personne étrangère placée en rétention administrative.

L'AME est obtenue pour un an. Les patients bénéficiaires de l'AME bénéficient du tiers payant et d'une exonération du ticket modérateur. Par contre, contrairement à la CMUc, il n'existe pas pour l'AME de forfaits supplémentaires pour la prise en charge des soins dentaires, lunettes, ou prothèses auditives. Sont exclus de la prise en charge, les frais relatifs aux cures thermales et à la réalisation d'une aide médicale à la procréation, ainsi que les dépassements d'honoraires.

Aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé

L'ACS concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais supérieures au plafond fixé pour l'attribution de la CMUc.

Elle donne droit à une déduction sur la cotisation auprès de l'organisme de protection complémentaire, à faire valoir pour chaque membre du foyer, ainsi qu'au tiers payant et à l'application des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires.