

Maux d'exil

Billet

La proportion importante de nouveaux cas de VIH-sida parmi les personnes de nationalité étrangère en France a conduit les politiques de santé publique à prendre en compte la vulnérabilité particulière de ces populations. L'infection à VIH-sida est pourtant nettement moins fréquente chez les exilés reçus au Comede que les psycho-traumatismes, l'hépatite B chronique, ou encore les maladies cardiovasculaires, mais sa gravité en fait depuis 20 ans l'annonce médicale la plus douloureuse lors de la remise des résultats du bilan de santé. Et toutes les associations de lutte contre le sida témoignent au quotidien des difficultés que vivent les migrants/étrangers séropositifs pour le VIH.

Malades, soignants, soutiens et responsables politiques : nulle autre maladie n'a réuni autant d'acteurs dans une lutte exemplaire en matière de santé publique. L'expertise de terrain s'est trouvée renforcée par l'évaluation scientifique de l'ampleur et des particularités de l'épidémie. Conduite par l'Institut de veille sanitaire, l'observation épidémiologique a permis de caractériser les groupes les plus vulnérables parmi les étrangers, principalement les Africaines en métropole et les Caribéens dans les Départements français d'Amérique.

Les facteurs de vulnérabilité sont multiples, à l'image des termes utilisés pour décrire les personnes concernées. L'usage du terme « migrants » par l'association Aides fait référence à un parcours, celui d'« étrangers » par Act-Up à un statut, et celui d'« exilés » par le Comede à une souffrance. Mais les difficultés sociales, juridiques et psychologiques ainsi soulignées se rejoignent sur un constat unanime et préoccupant : l'exclusion que subissent ces étrangers en dépit – et parfois à cause – de leur maladie.

Arnaud Veisse
Directeur du Comede

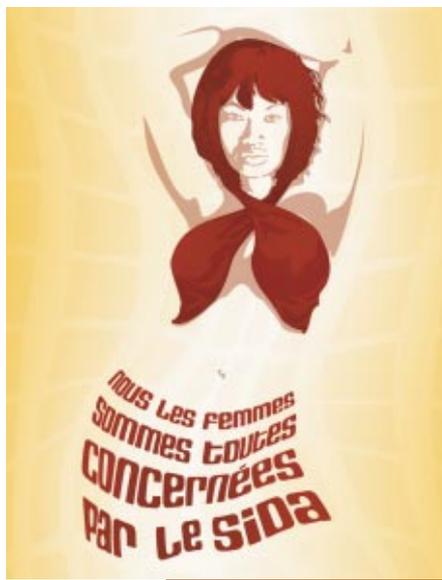
DOSSIER : MIGRANTS, ETRANGERS ET EXILES FACE AU VIH-SIDA

Dans la
population
générale

Place des étrangers dans l'épidémie de VIH-sida en France

Florence Lot

Médecin épidémiologiste, Département des maladies infectieuses,
Institut de veille sanitaire



Affiche de l'association Aides

La surveillance de l'épidémie en France a débuté en 1986 avec la notification obligatoire des cas de sida, qui analyse les stades avancés de l'infection à VIH. Avec l'arrivée de nouvelles thérapies permettant de retarder l'apparition du sida, il est devenu

évident que la seule déclaration obligatoire des cas de sida était insuffisante pour suivre la dynamique de l'épidémie. Après plusieurs années de travail et de concertation, la notification des diagnostics d'infection par le VIH a donc été mise en place en mars 2003. Sur la base d'une anonymisation totale des données, sont déclarées conjointement par les biologistes et les médecins toutes les personnes découvrant leur séropositivité VIH. A ce système, a été couplée la surveillance virologique permettant d'estimer la proportion de personnes séropositives qui se sont contaminées dans les 6 derniers mois et de préciser les caractéristiques du virus. Le système de surveillance épidémiologique repose donc sur plusieurs outils complémentaires et permet notamment de caractériser la population étrangère touchée, au travers de leur nationalité.

> Tendances longues du sida et plus récentes pour le VIH

La place des étrangers dans l'épidémie de VIH-sida en France n'est pas nouvelle, mais a pris de l'ampleur depuis la fin des années 90.

Dans la population générale suite

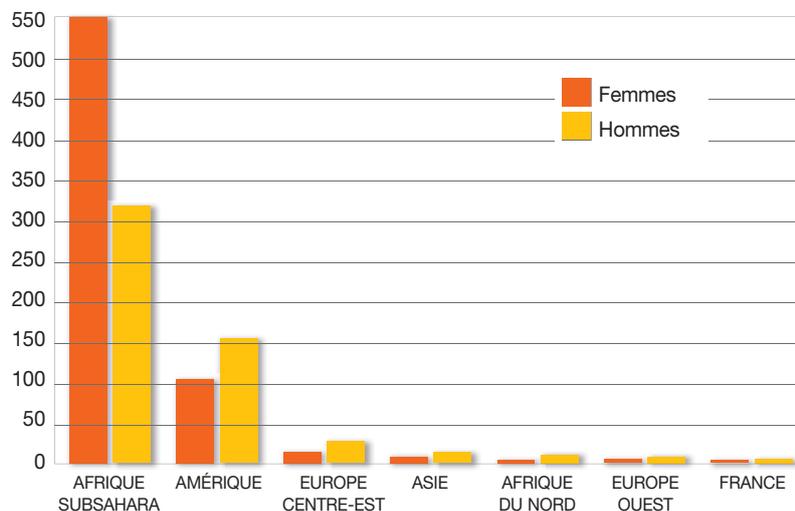
Schématiquement, elle s'est articulée autour de quatre phases très différentes. En tout début d'épidémie, les premières populations touchées ont été certes les homosexuels, mais aussi une part non négligeable d'étrangers, puisqu'ils ont représenté plus de 20% des cas de sida jusqu'au milieu des années 80. Il s'agissait essentiellement d'Haïtiens, mais aussi de personnes d'Afrique subsaharienne et des Etats-Unis. Ensuite, entre 1987 et 1996, la part des étrangers est restée stable (15%), mais les populations concernées se sont modifiées avec de plus en plus de personnes d'Afrique subsaharienne et de moins en moins de personnes du continent américain. A partir de 1997 et jusqu'en 2002, avec la diffusion des nouvelles thérapeutiques antirétrovirales, qui ont plus bénéficié à la population française, la part des étrangers a progressivement augmenté pour atteindre plus du tiers (37%) des cas de sida en 2002. Ce pourcentage est resté stable depuis, le nombre de cas de sida ayant diminué de façon comparable dans ces 2 populations entre 2002 et 2005. Concernant les tendances récentes du VIH, le seul groupe pour lequel on observe une diminution du nombre de découvertes de séropositivité entre 2003 et 2005 est celui des femmes de nationalité étrangère, et notamment des femmes africaines, tandis que le nombre de cas reste stable chez les hommes étrangers. Si ce constat paraît encourageant, il est néanmoins d'interprétation difficile en l'absence de données sur les flux migratoires.

> Caractéristiques des étrangers découvrant leur séropositivité

Sur les 4 400 personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2005, 40% sont de nationalité étrangère, avec une nette différence selon le sexe (58% des femmes et 29% des hommes) : 30% ont la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, 4,7% du continent américain, 2% d'Afrique du Nord, 1,6% d'Europe de l'Ouest, 1% d'Asie et 0,6% d'Europe centrale ou de l'Est. Parallèlement, 46% des découvertes de séropositivité concernent des Français, la nationalité restant inconnue dans 14% des cas. Mais le « poids » de chaque nationalité dans l'épidémie de VIH-sida en France peut surtout être étudié en rapportant le nombre de découvertes de séropositivité au nombre de personnes

Nombre de découvertes de séropositivité VIH en 2005 par nationalité (pour 100 000) rapporté à la population de même nationalité vivant en France

Recensement de 1999 - Données InVS au 31/03/2006



nes vivant en France. On constate que la population d'Afrique subsaharienne reste largement touchée par le VIH, et notamment les femmes (voir figure). Les taux observés pour les personnes de nationalité d'un pays d'Amérique sont liés à la situation particulière des Départements Français d'Amérique (DFA). En Guyane, 60% des découvertes de séropositivité en 2005 concernent des étrangers, en particulier d'Haïti et du Suriname, mais aussi du Guyana et du Brésil. En Guadeloupe, ce sont 55% des séropositivités VIH qui sont découvertes chez des étrangers, essentiellement des Haïtiens.

Etant donné le « poids » des personnes d'Afrique subsaharienne dans l'épidémie de VIH-sida chez les étrangers en France, les données suivantes ont été présentées plus spécifiquement pour cette population. Les personnes de nationalité étrangère sont plus jeunes que les Français, ceci est particulièrement vrai chez les femmes d'Afrique subsaharienne dont la moyenne d'âge à la découverte de la séropositivité est de 32,1 ans versus 38,2 chez les femmes françaises. La différence d'âge entre hommes africains et hommes français est moins marquée (37,9 ans vs 40,1 ans).

Le mode de contamination des personnes d'Afrique subsaharienne est quasi-exclusivement hétérosexuel (pour 81% d'entre elles), 1,8% ont été contaminées par des rapports homosexuels entre hommes et 0,4% par usage de drogues (le mode de contamination est inconnu pour le clinicien dans 17% des cas).

La proportion d'étrangers parmi les découvertes

de séropositivité varie d'une région à l'autre. En 2005, elle est supérieure à 30 % en Alsace, dans le Centre, la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais et la Haute-Normandie ; supérieure à 40% dans les DFA et supérieure à 50% en Ile-de-France. Les populations les plus nombreuses sont celles d'Afrique subsaharienne, sauf bien sûr dans les DFA. A noter que dans plusieurs régions comme Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon, les personnes d'Afrique du Nord représentent une part non négligeable parmi les étrangers ayant découvert leur séropositivité.

En 2005, 73% des étrangers sont sans activité professionnelle au moment de la découverte de leur séropositivité versus 36% chez les Français. Le sous-emploi concerne tout particulièrement les femmes étrangères (83% sont sans emploi) et relativement moins les hommes étrangers (62%). Ces chiffres sont sans doute liés en partie à une immigration récente, car le sous-emploi est moins important au moment du diagnostic de sida (73% chez les femmes étrangères et 55% chez les hommes étrangers). Les enquêtes Vespa et Retard ont mis en évidence une situation de précarité économique et sociale plus fréquente chez les migrants, particulièrement chez les femmes nées en Afrique subsaharienne.

Le fait d'être étranger ou migrant a toujours été retrouvé comme un facteur de risque de dépistage tardif, que ce soit à travers les données hospitalières françaises (FHDH), les résultats de l'enquête Vespa ou les données de la déclaration obligatoire de sida. A partir des découvertes

concomitantes VIH et sida, deux indicateurs peuvent être construits : l'un étant de savoir parmi les personnes qui découvrent leur séropositivité en 2005, combien étaient déjà à un stade clinique de sida (17% des personnes d'Afrique subsaharienne qui découvrent leur séropositivité VIH sont au stade de sida, même proportion que chez les Français) ; l'autre étant de savoir parmi les diagnostics de sida en 2005, combien ignoraient leur séropositivité VIH (55% des Africains qui développent un sida ignoraient leur séropositivité, proportion plus élevée que chez les Français). Ceci pourrait s'expliquer par une augmentation récente du dépistage chez les personnes d'Afrique subsaharienne, entraînant la découverte d'un grand nombre de séropositivités. Cependant cette amélioration ne concernerait pas les personnes les plus anciennement contaminées, celles susceptibles de développer un sida actuellement.

En 2005, les trois-quarts des personnes d'Afrique subsaharienne vivant en France ont été infectées par des sous-types qui prédominent en Afrique (sous-types non-B). Cependant, un quart d'entre elles ont été infectées par un sous-type très peu présent sur le continent africain, et qui est au contraire majoritaire en France (sous-type B). Ces données montrent donc qu'une partie des contaminations dans la population africaine se sont produites en France.

La surveillance épidémiologique est indispensable pour orienter les politiques de lutte contre le VIH-sida. Ainsi, l'augmentation du nombre d'étrangers malades du sida à la fin des années 90 a conduit à accroître la visibilité des migrants au travers des campagnes de communication grand public dès le début des années 2000 et à diversifier les supports spécifiques à destination des migrants. Les données VIH sont ensuite venues conforter le constat de la surveillance du sida et montrer la place préoccupante prise par les populations étrangères dans l'épidémie. Un programme national de lutte contre l'épidémie en direction des étrangers/migrants vivant en France a alors été mis en place par le Ministère de la Santé pour la période 2004-2006. Les campagnes d'incitation au dépistage ont semble-t-il commencé à porter leurs fruits, puisque que le dépistage semble moins tardif dans la population d'Afrique subsaharienne qu'auparavant. Il est néanmoins nécessaire de ne pas relâcher les efforts de prévention et de développer des recherches opérationnelles, car cette population reste la plus touchée par le VIH-sida en France ■

Auprès des migrants

Paroles de migrants séropositifs !

Alain Legrand

Directeur des programmes nationaux de Aides

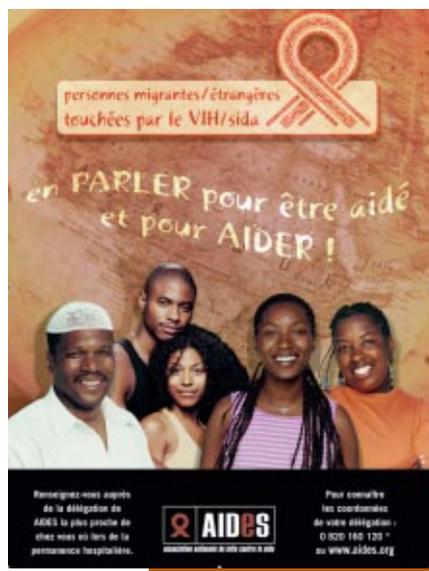
Aides, association de lutte contre le sida, accueille aujourd'hui 17% de personnes migrantes/étrangères, dont 55% sont séropositives au VIH/sida. Près de 1500 personnes migrantes/étrangères poussent chaque année la porte de Aides et/ou participent et animent les actions de l'association. En 2005, elles se sont mobilisées au sein de Aides pour l'organisation des premiers Etats Généraux des personnes migrantes/étrangères touchées par le VIH/sida.

Cet événement a réuni 150 personnes séropositives. Voilà ce qu'elles ont exprimé de leurs vulnérabilités face au VIH/sida et qui aujourd'hui sont à la base des revendications et actions mises en place par l'association. Tout d'abord, il a été largement fait écho des **attitudes qui fâchent**, attitudes inadmissibles qui atteignent les personnes touchées dans leur dignité, et cela au quotidien. La rupture de **la confidentialité** est insupportable. C'est le premier risque identifié par les participants. La levée du secret entraîne le rejet, dans sa famille, dans son groupe d'appartenance, et plus largement dans la société. La rupture de ce secret a été mentionnée à l'hôpital, dans les services publics de l'emploi, ou dans ceux des préfectures. La **stigmatisation et la**

discrimination découlent de la levée du secret, et aggravent les conditions de vie avec le VIH/sida dans une dimension parfois insupportable. A cela s'ajoute une stigmatisation liée à l'origine géographique, aggravée par le fait d'être une femme. Ces discriminations sont mentionnées par les participants dans tous les lieux de contact, tant au niveau associatif, administratif que médical. Mais ces discriminations sont aussi présentes dans la communauté et la famille. La solidarité ne semble pas non plus acquise entre personnes séropositives...

> Des contradictions souvent incompréhensibles et toujours inacceptables

On invite les personnes à se faire dépister, mais une fois que l'on se découvre séropositif on a le sentiment d'être abandonné, sans soutien, parfois sans prise en charge. Pour une personne séropositive, il y a urgence à résoudre une série d'interrogations : Quels traitements ? Comment s'investir dans le soin quand on ne sait pas combien de temps on pourra rester en France ? Et quand les autres membres de sa famille, parfois malades, sont restés au pays ? Quelles relations sociales pouvoir mener dans le secret ? Comment trouver un soutien familial ? Comment mobiliser son groupe ou sa communauté ? Et puis, il faut le dire aussi : le temps des séropositifs ne semble pas être le temps de l'administration ou le temps du soin. Il faut bien reconnaître que c'est souvent un état de colère qui anime les personnes séropositives. Non pas une de ces colères qui poussent à la destruction,



Auprès des migrants | suite

mais une colère qui aboutit à revendiquer des solutions radicales, pour soi et pour les autres. Les mots pour dire cette radicalité diffèrent d'une personne à l'autre. Certaines parlent de nécessité d'un statut de réfugié thérapeutique. D'autres revendiquent une exigence de respect de la dignité des personnes. D'autres encore pensent que c'est le respect intégral des droits humains et des droits des étrangers qui peut les aider au mieux à faire face au VIH/sida dans leur vie en France.

> Une vulnérabilité multiple

Les difficultés évoquées sont de plusieurs ordres. Il y a bien évidemment les **aspects sociaux**. Avoir un toit pour s'abriter est essentiel pour toute personne, a fortiori quand on est malade. Et le plus souvent, les propositions qui sont faites sont marquées par la discontinuité ou l'inadaptation. Les personnes présentes ne demandent pas des appartements thérapeutiques ou des appartements de transit (même si cela est nécessaire), mais tout simplement des logements comme tout le monde. Un logement qui permette d'abriter sa famille, c'est-à-dire son environnement de proximité. Elles rappellent que, de ce point de vue, la question du regroupement familial est évidemment centrale. Cette question a été évoquée avec beaucoup de douleur par tous ceux et toutes celles qui souhaiteraient vivre en France avec leur famille.

Elles ont parlé de ces droits sociaux si essentiels et si difficiles à concrétiser comme l'accès à la couverture maladie universelle (CMU) ou l'accès à l'aide médicale de l'Etat (AME). L'absence de reconnaissance de la CMU ou de l'AME conduit directement au refus de soins quand on s'adresse à des soignants en médecine de ville.

Elles ont parlé du droit au séjour et de la longue quête des autorisations provisoires de séjour, répétées tous les six mois, voire dans des délais encore plus courts ! Comme si l'on faisait l'aumône alors que la loi prévoit que soient délivrées des cartes de séjour temporaire avec autorisation de travail. Au-delà des cas évoqués dans les échanges, une enquête menée par Aides et publiée en 2005 a clairement montré

que les lois sont diversement appliquées sur le territoire (voir enquête *Aides et toi* sur www.aides.org). Les délais administratifs ne sont pas les mêmes d'une Maison du Handicap (ex-Cotorep) à une autre. La durée des titres de séjour n'est pas la même d'une préfecture à une autre. C'est aussi le non respect des droits existants qui conduit à la fragilité individuelle ou collective face au VIH/sida.

Il y a aussi **la santé**. Comment, en plus du reste, supporter le rejet des soignants avec des exemples de gynécologues qui refusent d'examiner des femmes séropositives ou de pratiquer des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG), des médecins qui refusent de mettre en place un protocole de procréation médicale assistée ou des dentistes qui refusent des soins ? L'écoute du soignant est essentielle car elle permet de répondre aux attentes du patient : gestion de l'annonce de la séropositivité, information sur le VIH/sida, sur les traitements et leurs effets, sur la place que peut occuper la thérapie. Cette écoute est essentielle pour une meilleure prise en charge globale et une orientation médico-sociale, voire un travail en réseau.

Il y a aussi les méconnaissances administratives du corps médical notamment dans la rédaction des certificats médicaux qui permettent la régularisation pour soins. Ou bien ce sont les consultations trop rapides pour permettre la prise en compte du mode de vie, et des conditions de vie. Derrière la méconnaissance des droits sociaux ou des droits humains, il a été aussi mentionné **l'irrespect manifesté envers les individus**. Plusieurs personnes ont le sentiment de ne pas être traitées comme des êtres humains à part entière. Il en va ainsi des injonctions des travailleurs sociaux, lorsqu'on entend que l'on doit quitter tel appartement relais sous quinze jours, sans qu'aucune solution n'ait été recherchée.

Largement évoquée pendant les 3 jours des Etats Généraux, la **capacité à dire sa séropositivité** dans de bonnes conditions est essentielle pour combattre le VIH/sida. Comment le dire dans son couple ? A son partenaire ? A ses enfants ? A sa famille ? Comment le dire aussi aux personnes restées au pays ? Comment le dire quand on est une femme et qu'on est forcément perçue comme suspectée d'infidélité voire de prostitution alors qu'on ne se pose pas la question pour les hommes ?

Au-delà de la séropositivité, **le silence sur la**

sexualité est une véritable oppression. C'est un facteur de vulnérabilité souvent oublié : on sait que la séropositivité a une forte influence sur la sexualité. Au plan psychologique, parce que l'on se dit que l'on doit mettre sa libido en quarantaine. Ou bien parce que les traitements ont un impact sur le désir ou la performance sexuelle. La sexualité n'est sans doute plus la même et il faut trouver d'autres modes de relation affective, mais il est difficile d'en parler. Pourtant, les mots utilisés dans les ateliers des Etats Généraux ont été forts : une personne a dit que la perte du plaisir et du désir était vécue comme un calvaire. D'autres ont dit la souffrance de l'abstinence. D'autres encore ont parlé du préservatif comme d'une entrave, et aussi comme un outil difficile à se procurer ou qui reste très cher comme dans le cas du préservatif féminin.

Le rapport au travail a aussi été abordé. La plupart des personnes en sont exclues et vivent le plus souvent des minima sociaux ou n'ont aucun revenu. La fatigabilité au travail est quasi impossible à prendre en compte. Dans l'enquête *Aides et Toi*, 76% des migrants n'ont pas d'activité professionnelle, 54% n'ont pas de logement stable, et 8% n'ont pas de couverture maladie. Parole de migrante : « *Quand on nous oblige à vivre une vie un peu démunie, nous devons parfois accepter certaines relations peut-être pour de l'argent parce qu'il faut bien vivre. On nous accorde des titres de séjour d'un an. On nous donne des médicaments et on nous dit : "Allez-y, vivez comme vous voulez." Il faut bien manger pour prendre ses médicaments. Il faut bien se vêtir, et puis, comme on dit, si nous ne sommes pas bien dans notre tête, notre corps ne nous porte pas. Il faut un revenu minimum, en attendant de pouvoir vivre bien sa maladie dans son corps* ». ■

Maux d'exil - Le Comede
Hôpital de Bicêtre, BP 31, 78 rue du Général Leclerc,
94272 Le Kremlin Bicêtre Cedex
Tél. 01 45 21 38 40 Fax 01 45 21 38 41
Email : contact@comede.org
Site : www.comede.org

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
Didier Fassin.

DIRECTEUR DE LA RÉDACTION :
Arnaud Veisse.

Ont participé à la fabrication de ce numéro :
Gabrielle Buisson-Touboul, Guy Delbecchi, Catherine
Donnars, Françoise Fleury, Didier Maille.

PARIMAGE, Paris - Imprimerie GRENIER, Gentilly.

Auprès des étrangers

Une stratégie d'évitement ne fait pas une politique de lutte contre le sida

Antonin Sopena

Responsable de la commission étrangerEs d'Act-Up Paris

La forte incidence de l'infection à VIH/sida parmi les étrangers a progressivement imposé la prise en compte de ceux-ci dans les discours officiels relatifs à la lutte contre l'épidémie. Si les différents gouvernements de cette législature n'ont pas échappé à cette obligation, il n'en reste pas moins qu'un décryptage des politiques menées en la matière met au jour une vision tronquée des enjeux sanitaires et une stratégie d'évitement essentiellement dictée par la peur de mises en cause médiatisées. Ce constat se retrouve d'ailleurs tant sur les questions d'accès aux soins que de droit au séjour.

> Accès aux soins pour tous ou accès aux traitements pour les malades ?

Le ministère de la Santé a pu prétendre garantir l'accès aux soins des séropositifs vivant en situation irrégulière, lors de la publication d'une circulaire relative à la prise en charge des soins urgent¹. Certains conseillers de Philippe Douste-Blazy, alors ministre de la Santé, se targuaient devant les associations de lutte contre le sida d'avoir obtenu que les soins liés à l'infection à VIH/sida soient pris en charge pour les étrangers non-éligibles à l'Aide médicale de l'Etat (AME). Ce dispositif de prise en charge, créé en 2003, devait permettre de limiter les conséquences des restrictions portées à l'AME. Mais celles-ci dépassaient pourtant la seule question de l'accès aux soins des malades. Les associations de lutte contre le sida et les experts chargés par le ministre de la Santé d'établir les recommandations pour la prise en charge des séropositifs², s'accordent sur la nécessité de garantir un réel accès aux soins pour tous les résidents en France, notamment en ouvrant l'accès à la CMU aux sans-papiers. En effet, l'exclusion des sans-papiers de l'assurance maladie et leur éloignement *de facto* du système de santé expliquent en partie la forte incidence du retard au dépistage parmi ceux-ci. Or, pris en charge tardivement, les séropositifs ont un risque 16 fois plus élevé de décéder dans les 6 premiers mois de mise sous traitement. De même, le retard au dépistage est un frein majeur aux politiques de prévention. A fortiori, les restrictions apportées à l'accès



aux soins des sans-papiers en 2002 et 2003 nièrent totalement ces enjeux de santé publique et individuelle.

Cet exemple montre bien comment les pouvoirs publics crurent pouvoir limiter la lutte contre le sida en direction des étrangers à la seule thématique de l'accès aux soins des malades. Et même à s'en tenir à cette unique considération, il reste quelque chose d'obscur dans les satisfecit du cabinet du ministre de la Santé. En effet, le dispositif légal³ précisé par cette circulaire ne prévoit que la prise en charge des soins hospitaliers. Or pour les séropositifs concernés – principalement des étrangers en situation irrégulière découvrant leur séropositivité au stade sida ou à tout le moins à un stade avancé – l'exclusion de la

médecine de ville constitue une réelle entrave à une bonne prise en charge médicale. Non seulement, dans une telle situation, il est difficile de consulter un médecin pour des problèmes en marge de l'infection et/ou du traitement antirétroviral, mais de surcroît certains traitements servant à atténuer les effets indésirables ne peuvent en pratique être délivrés. Ainsi, l'accès aux soins se résume-t-il pour le gouvernement au seul accès au traitement antirétroviral.

1) Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°141 du 16 mars 2005.

2) *Prise en charge des personnes infectées par le VIH*, Rapport 2002 sous la direction du Professeur JF Delfraissy, Médecine-Sciences Flammarion.

3) Article L254-1 du code de l'action sociale et des familles.

Auprès des étrangers

suite

> Le droit au séjour des malades conservé, mais dans quelles conditions ?

L'évolution de la situation administrative des séropositifs étrangers est un autre exemple du peu de considération globale des enjeux de la lutte contre le sida de la part des pouvoirs publics.

Depuis quatre ans, le ministère de l'Intérieur et ses services cherchent par différents moyens à remettre en cause le droit au séjour pour raison médicale. Ces tentatives ont pu, jusqu'à présent, être repoussées par la mobilisation associative. Cependant, depuis 2003 et à mesure que s'installait la « politique du chiffre » dans les préfectures, les refus de séjour à l'encontre de malades sont apparus, pour toutes les pathologies y compris le VIH. Mais de manière spécifique, la médiatisation de quelques cas de refus de séjour à l'encontre de malades du sida obligea les ministères concernés à intervenir pour garantir l'inexpulsibilité

et le séjour des séropositifs étrangers. Ainsi, alors que les titres de séjour sont presque systématiquement accordés concernant l'infection à VIH/sida, le taux d'accord des titres de séjour est aujourd'hui de l'ordre de 70% pour les autres pathologies.

Cependant, la situation administrative des séropositifs étrangers s'est considérablement dégradée depuis quelques années. Les préfectures condamnent en effet les malades, par des pratiques illégales, à des situations incompatibles avec leur état de santé. Nombreux sont ceux qui se voient ainsi délivrer des titres de séjour précaires ne permettant ni de travailler ni de percevoir des allocations comme l'AAH (Allocation adulte handicapé). De même, le refus de délivrance de récépissé de renouvellement combiné avec le dépassement des délais d'instruction fait peser sur les malades un risque de rupture de droit lors de chaque renouvellement annuel. Ces ruptures se traduisent par des pertes d'emplois, de droits sociaux, de logement ou d'hébergement... Enfin, la plupart des préfectures refusent, de façon discriminatoire et arbitraire, que les malades étrangers séjournant en France

pour raison médicale puissent bénéficier du regroupement familial. L'isolement qui en découle constitue pourtant un préjudice majeur à leur prise en charge globale.

Malgré les alertes répétées des associations et les interpellations des malades sur de tels agissements préfectoraux, le ministère de l'Intérieur refuse de s'emparer de cette question, et le ministère de la Santé rejette la responsabilité sur ce dernier. Il apparaît alors que pour ces ministères, une fois l'éloignement des séropositifs et les risques de médiatisation empêchés, il importe peu de s'intéresser aux conditions de séjour et d'existence des malades concernés.

> Le risque des dispositions spécifiques pour le VIH-sida

Ainsi, le gouvernement semble avant tout soucieux de se prémunir d'accusations d'exclusion manifeste des soins à l'encontre des séropositifs étrangers – soit du fait de l'exclusion du système hospitalier, soit du fait d'une expulsion du territoire français – l'opinion publique restant assez sensible sur ce point. Mais a contrario il n'hésite pas à sacrifier les enjeux de prévention et de prise en charge globale, qui demeurent beaucoup moins médiatiques. Ces derniers n'en sont pourtant pas moins vitaux pour les séropositifs et centraux dans la lutte contre l'épidémie.

De surcroît, il faut s'interroger sur les risques que comportent à long terme ces dispositions spécifiques en matière de VIH/sida dans un contexte de régression des droits et de détérioration des pratiques administratives. Possiblement s'agit-il pour le gouvernement de maintenir un *statu quo* pour les séropositifs étrangers dans l'espoir de calmer les bruyantes associations de malades et de lutte contre le sida, et ainsi de poursuivre son démantèlement des droits des malades et des étrangers dans l'indifférence générale. Mais à long terme, ces dispositions spécifiques n'en seront que plus précaires. Elle paraîtront comme la survie d'un statut d'exception qu'il sera beaucoup plus aisé de remettre en cause.

A cet égard le dernier projet de circulaire restreignant le droit au séjour pour raison médicale, mais ne devant pas directement être applicable aux séropositifs, doit rester un objet primordial de la mobilisation actuelle des associations de lutte contre le sida. ■



MOBILISATION CONTRE LE SIDA DANS LES DÉPARTEMENTS FRANÇAIS D'AMÉRIQUE (DFA)



Les XIII^e Journées Inter-Corevih (JIC) DFA-Caraïbe se sont déroulées à Saint-Martin du 19 au 22 octobre 2006, sous l'égide des Csih de Guadeloupe, Martinique et Guyane. Sous la Présidence du Pr Rozenbaum, plus de 150 acteurs de la prise en charge des personnes vivant avec le vih/sida dans les départements français d'Amérique se sont réunies pour faire le point sur l'épidémie, améliorer leurs connaissances, partager les pratiques, exposer les difficultés rencontrées, et renforcer la coopération inter-départementale et caribéenne. Cette année les JIC ont été marquées par une ouverture plus grande vers les acteurs associatifs, réunis en séminaire à l'initiative de Sidaction, et vers les autres Etats de la région.

Accès aux soins, culture, thérapeutique, femmes, les 3 journées de travail ont permis de faire le point sur l'épidémie dans la région, de favoriser les échanges sur les problématiques communes, dispenser des formations et renforcer les liens entre structures en présence des représentants des pouvoirs publics français. Ces 13^{èmes} journées ont aussi été marquées par la mise en place des Corevih (Comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine) qui remplacent les Csih. Dans chaque région, les Corevih vont réunir les acteurs de la prise en charge du VIH/sida, qu'ils soient professionnels, associatifs ou usagers.

Pour en savoir plus : l'intégralité des débats et des interventions est disponible sur le site de l'association Blue Moon de St Martin. <http://bluemoon.new.fr>

Après des exilés

Un nouveau traumatisme pour une nouvelle vie

Olivier Lefebvre

Médecin chargé du Suivi médical au Comede

Depuis 1979, le Comede a accueilli 85 000 patients exilés pour une prise en charge multidisciplinaire. Principalement demandeurs d'asile récemment arrivés en France, réfugiés ou « déboutés » du droit d'asile, ils viennent y chercher des soins et services qu'ils n'ont pas réussi à obtenir au sein des dispositifs de droit commun. Ces migrants, souvent traumatisés par l'exil et les persécutions qu'ils ont fuies, se trouvent dans une situation de grande précarité administrative, économique et sociale.

La mission du Comede est d'assurer à cette population une prise en charge médicale, sociale et psychologique dans les cas où elle est inexistante ou inadéquate, et de promouvoir celle-ci au sein du système de santé. Les motifs de consultation sont souvent multiples, les demandes de soins et d'expertises socio-médico-juridiques étant très souvent intriquées. Au terme de la consultation inaugurale de médecine et d'un examen clinique soigneux, un test de dépistage du VIH est systématiquement proposé aux nouveaux patients si la compréhension requise le permet.

Ce test est intégré à la proposition plus large d'un bilan de santé qui inclue notamment le dépistage des hépatites B et C, celui de la tuberculose pulmonaire, ainsi que le dépistage du diabète et la recherche de parasitoses intestinales et urinaires selon l'origine géographique. En 2005, le test VIH a été effectué pour 71% des 3 266 nouveaux patients, plus fréquemment parmi les patients originaires d'Afrique Centrale, population la plus à risque dans l'observation épidémiologique du Comede (voir tableau). Les difficultés de communication et la crainte des médecins d'aborder la problématique de la sexualité et de la contamination par le VIH lors de la proposition du bilan de santé constituent des obstacles beaucoup plus fréquents que les résistances des patients, rarement opposés à la pratique du test de dépistage. Le laboratoire Saint Marcel de la Ville de Paris effectue d'emblée les tests Elisa et Western-Blot sur un même tube. Les résultats de ce bilan sont remis et commentés par le médecin prescripteur au cours de la consultation suivante.

Principaux taux de prévalence observés Au Comede par nationalité (pour 1000)

20 000 nouveaux patients, 2000-2006

Nationalité	Comede	Onusida
Cameroun	68	54
Côte d'Ivoire	55	71
Congo	34	53
Congo RD	31	32
Angola	25	37
Sierra Leone	22	16
Guinée Conakry	20	15
Nigeria	19	39
Haïti	16	38
Sénégal	14	9
Mauritanie	13	7
Mali	12	17

Onusida 2006 : taux de prévalence estimé dans le pays, adultes de 15 à 49 ans

> Prise en charge médico-sociale et soutien psycho-juridique

L'annonce d'un test VIH positif est un moment délicat et difficile pour toute personne concernée. Pour les exilés, le traumatisme de cette annonce s'ajoute à celui de l'exil et des persécutions, la moitié des patients du Comede ayant des antécédents de violence ou de torture au pays d'origine. Entre 1999 et 2005, 356 patients infectés par le VIH ont été pris en charge au Comede, ce qui représente 7% de l'ensemble des patients inscrits dans le dispositif du Suivi médical, « veille médico-sociale » que le Comede a instaurée afin d'améliorer la continuité des soins des patients atteints d'affections chroniques et/ou graves. Compte tenu des caractéristiques de la demande d'asile en France métropolitaine, les patients

séropositifs pour le VIH suivis au Comede sont principalement originaires d'Afrique Centrale (69%) et d'Afrique de l'Ouest (27%), les autres étant originaires de Haïti, d'Afrique de l'Est et d'Afrique Australe. Aucun patient ne souffrait de pathologies opportunistes (stade sida) au moment de l'annonce de la séropositivité. Le taux de prévalence du VIH observé parmi les 20 000 nouveaux patients est resté stable à 15 pour 1000, avec des prévalences significativement plus élevées pour l'Afrique Centrale (Femmes 48‰, Hommes 28‰), que pour l'Afrique de l'Ouest (Femmes 33‰, Hommes 13‰), et Haïti (16‰). Ce sont des personnes jeunes (âge médian 32 ans) et les femmes sont davantage représentées (sex-ratio 42%) que dans la file active globale du Comede (27%). Seuls 5% des patients infectés par le VIH connaissaient leur diagnostic depuis le pays d'origine. Ils avaient tous des notions, souvent imprécises et erronées, sur la maladie. Les questions les plus souvent posées lors des premières consultations concernent le pronostic vital, l'accès aux traitements, mais aussi la crainte du rejet par les hébergeants et les compatriotes (comment vont ils réagir s'ils savent ?) et les possibilités de procréation. Les conditions de leur contamination sont relativement peu abordées et l'intervention du divin ou de la fatalité parfois mises en avant. Lorsqu'une relation de confiance entre le thérapeute et le patient s'établit, peuvent alors être évoquées les violences subies, notamment sexuelles, et les inquiétudes sur l'état de santé du conjoint et des enfants restés au pays. Ces patients peuvent parfois nécessiter le recours à une psychothérapie. Pour les patients

Auprès des exilés

suite

« sans-papiers », l'infection par le VIH-Sida correspond aux critères du droit au séjour pour raison médicale, s'agissant d'une affection dont le défaut de prise en charge médicale « pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité » et dont le traitement n'est pas « effectivement accessible au pays d'origine » (Art. L313-11-11 du Ceseda). Mais si la possibilité d'obtention d'une carte de séjour « vie privée et familiale » avec droit au travail peut être évoquée, elle ne doit pas faire obstacle à la procédure administrative initiée par la majorité des exilés, à savoir la demande d'un statut de réfugié, statut stable et permanent.

Afin de prendre en charge de manière efficace ces patients, il s'agit en premier lieu de les aider à obtenir une protection maladie avec dispense d'avance des frais (ouverture des droits à l'assurance maladie et complémentaire CMU, AME) demandée en admission immédiate ou procédure prioritaire, le bilan complémentaire ne pouvant être effectué dans les dispositifs de soins « gratuits ». L'examen clinique et/ou les résultats du premier bilan immunitaire conditionnent l'orientation vers une structure spécialisée la plus proche du domicile du patient.

> Malgré les obstacles, la continuité des soins reste possible

Pour ces patients exilés récemment arrivés en France, la proposition systématique d'un bilan de santé à l'occasion d'une consultation médicale permet un dépistage et un suivi médical précoces, qui conditionnent le pronostic. Un retard de prise en charge augmente non seulement le risque de transmission du virus mais surtout le risque d'échec thérapeutique avec une mortalité multipliée par 8 en 2 ans.

Au Comede, ces patients séropositifs bénéficient généralement plus vite que les autres exilés atteints d'affection grave d'un relais en milieu médical spécialisé, en raison d'un accueil plus favorable des services de maladies infectieuses davantage sensibilisés que d'autres aux problèmes de santé des migrants/étrangers. Le suivi au Comede est poursuivi jusqu'à la stabilisation de la situation sociale et psychologique.

A l'occasion d'une thèse de doctorat en médecine soutenue en 2006, nous avons cherché à évaluer la continuité des soins pour

327 exilés pris en charge au Comede en 2000 et atteints d'affections graves et/ou chroniques, parmi lesquels 53 patients infectés par le VIH. C'est pour ces derniers que nous avons le plus souvent obtenu des informations 3 ans après la dernière consultation au Comede (70%). Parmi eux, 94% bénéficiaient d'une prise en charge médicale avérée. Sans préjuger de l'observance aux traitements, ces résultats attestent l'assiduité de ces patients exilés au sein des dispositifs de droit commun. Parmi les 15 patients perdus de vue, 8 avaient abandonné leur suivi auprès de leur thérapeute relais et 7 avaient « disparu » durant leur suivi au Comede avant un contact auprès d'une structure spécialisée. Parmi les 38 patients bénéficiant d'une prise en charge avérée, 27 possédaient un titre de séjour avec droit au travail leur assurant régularité et stabilité de séjour (19 cartes de séjour et 1 récépissé pour raison médicale, 7 cartes de réfugiés), 8 étaient en possession de titre de séjour précaire (6 récépissés asile et 2 convocations pour demande de carte de séjour) et 3 restaient dépourvus de titre de séjour. L'origine géographique des patients n'apparaissait pas comme un facteur discriminant dans leur prise en charge au sein du dispositif de droit commun. La continuité des soins dépend en premier lieu de l'investissement du médecin référent au Comede dans la relation avec le patient, ainsi que des autres acteurs de la prise en charge : service accueil, service social, infirmiers et le cas échéant psychothérapeutes.

Dans le cas de l'infection à VIH, le médecin assure un rôle primordial dans la prise en charge et la compréhension par le patient de l'affection dont il souffre, si besoin avec l'aide d'un intermédiaire professionnel. La formation continue des médecins intervenant auprès de ces patients doit intégrer la dimension psycho-juridique de la population exilée, ainsi que la conscience de se trouver au cœur d'un réseau multidisciplinaire. En effet, l'aide des professionnels et des structures spécialisées dans l'accompagnement des exilés permet à ceux-ci d'accéder à un certain niveau de sécurités sociales et juridiques qui favorisent la continuité des soins. Cet exercice « idéal » de la médecine, notamment en ville, se trouve être bien souvent contrarié par le manque de temps et de moyens dont disposent les praticiens pour optimiser l'accueil, les soins et les soutiens justifiés par la très grande vulnérabilité de ces patients exilés. ■

LES SERVICES DU COMEDE

☎ 01 45 21 38 40 🌐 www.comede.org

> MAUX D'EXIL, 4 NUMEROS PAR AN

L'abonnement est gratuit et les frais de diffusion sont pris en charge par le Comede. Abonnement et annulation : merci de nous adresser un mél à contact@comede.org indiquant vos noms, activités, et adresses

> ÉDITION DU GUIDE DESTINÉ AUX PROFESSIONNELS, ET DU LIVRET BILINGUE, DESTINÉ AUX MIGRANTS-ÉTRANGERS EN SITUATION PRÉCAIRE

Diffusion gratuite par l'Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex. Versions consultables sur le site www.comede.org

> PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DU SUIVI MÉDICAL ☎ 01 45 21 39 59

Sur les questions relatives aux soins médico-psychologiques, prévention, bilans de santé, certification médicale pour la demande d'asile ou le droit au séjour

> PERMANENCE TÉLÉPHONIQUE DE L'ACCÈS AUX SOINS ☎ 01 45 21 63 12

Sur les conditions d'accès aux dispositifs de soins, les droits et les procédures d'obtention d'une protection maladie (sécurité sociale, CMU, AME)

> FORMATIONS ☎ 01 45 21 38 25

Animées par les professionnels et les partenaires du Comede, les formations portent sur la santé des exilés, le droit d'asile et le droit à la santé des étrangers

> CONSULTATIONS MÉDICO-PSYCHOSOCIALES EN 20 LANGUES

sur rendez-vous du lundi au vendredi, de 9h à 18h. Centre de santé du Comede, M7 Le Kremlin Bicêtre, Hôpital de Bicêtre, Secteur marron, Pavillon La Force, Porte n°7.

EN 2006, LES ACTIVITES DU COMEDE ONT ÉTÉ SOUTENUES PAR :

- L'Assistance publique des hôpitaux de Paris et le Centre hospitalo-universitaire de Bicêtre ;
- La Direction générale de la santé ;
- La Direction de la population et des migrations ;
- Le Fonds européen pour les réfugiés ;
- L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé ;
- Le Fonds de contribution volontaire des Nations-Unies pour les victimes de la torture ;
- Le Fonds d'action sociale, d'intégration et de lutte contre les discriminations ;
- La Direction générale de l'action sociale ;
- La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France ;
- Le Conseil régional d'Ile-de-France ;
- La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- La Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France ;
- Sidaction, Ensemble contre le Sida ;
- La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé de la Ville de Paris.