

60<sup>e</sup> RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE\*  
EN PARTENARIAT AVEC ACT UP-PARIS, IKAMBERE,  
SIDA GRANDE CAUSE NATIONALE 2005

# ACCÈS À LA SANTÉ DES ÉTRANGERS

## PRÉVENTION, ACCÈS AUX SOINS, CONDITIONS DE VIE ET DE SÉJOUR

### DANIELLE MESSAGER

ANIMATRICE, JOURNALISTE, FRANCE INTER

Les dernières données chiffrées font apparaître une augmentation inquiétante des contaminations parmi les personnes migrantes. Les raisons en sont diverses : moins d'accès à l'information, des messages difficiles à faire passer en matière de prévention ou de dépistage, des difficultés sociales ou des obstacles culturels. Il est donc impératif d'améliorer les dispositifs en vigueur ou d'en trouver d'autres, ce sera l'objet de la première table ronde.

La deuxième abordera l'accès aux soins, les difficultés auxquelles sont confrontées ces personnes, les aides existantes et les modifications successives qui y ont été apportées. Enfin, nous parlerons du droit au séjour et des conditions de vie des malades étrangers en France.

### ANNE HIDALGO

PRÉSIDENTE DU CENTRE RÉGIONAL D'INFORMATION  
ET DE PRÉVENTION DU SIDA (CRIPS)

Le sujet qui nous réunit est un sujet d'actualité. Il n'aurait pas été possible d'en débattre sans l'implication des nombreuses associations travaillant auprès des populations migrantes, que nous remercions. L'épidémie change de visage. Les données recueillies par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et publiées par le Crips et l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France depuis 2003 montrent que les modes de contamination se modifient : aujourd'hui la contamination hétérosexuelle représente plus de 50 % des cas. En Île-de-France, sur la période 2002-2003, les contaminations par voie hétérosexuelle représentent 61 % des cas de sida (39 % sur la période 1996-2001), les femmes 33 % (23 % sur la période 1996-2001), les personnes étrangères 55 % (34 % sur la période 1996-2001). Les premières victimes du VIH sont donc les personnes migrantes.

Cette journée sera consacrée à l'importante question du suivi et du droit au séjour des personnes malades. L'Île-de-France concentre deux tiers des demandes de séjour, la préfecture de Police de Paris la moitié des demandes nationales à elle seule. Le premier rejet d'une demande de régularisation par la Préfecture de Paris a eu lieu en mars 2005, une quarantaine a suivi. Depuis le mois de mai, la préfecture de Rhône-Alpes a rejeté six demandes de régularisation à des personnes séropositives sous trithérapies.

\* Organisée avec Aides Île-de-France, African Positive Association, Bondeko, le Comité des familles pour survivre au sida, Médecins d'Afrique, Uraca, cette rencontre a eu lieu le 5 octobre 2005.

Les rencontres du Crips sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

Contenons  
nous  
de faire  
réfléchir  
n'essayons pas  
de convaincre  
Georges Braque



Centre  
Régional  
d'Information  
et de Prévention  
du Sida

Île-de-France

Tour Maine-Montparnasse  
BP53 /  
75755 Paris cedex 15  
tél 01 56 80 33 33  
fax 01 56 80 33 00  
www.lecrrips.net  
e-mail : info@lecrrips.net

ouvert au public  
du mardi  
au vendredi  
de 13h à 19h  
le samedi  
de 10h à 17h

Le Comité médical pour les exilés a noté « une diminution de moitié du taux d'accord des cartes de séjour pour raisons médicales en deux ans (...) pour des raisons pourtant inchangées sur le plan de la pathologie, du pronostic, de la prise en charge médicale et du pays d'origine », de 94 % en 2002 à 74 % en 2003 et 46 % en 2004. Un décret portant un nouveau coup d'arrêt à l'aide médicale d'État (AME) vient d'être publié. Le Conseil national du sida rappelle pourtant qu'il « importe de faciliter et d'encourager l'accès aux soins pour toute personne présente sur le territoire national, quelle que soit sa situation administrative. À ce titre, la réforme de l'aide médicale d'État va à l'encontre des principes élémentaires de santé publique et n'apporte pas de réponse satisfaisante aux questions qui se posent actuellement, tant sur le plan sanitaire qu'économique ». L'aide médicale d'État était la seule aide pour des étrangers en situation irrégulière. Cette mise à mal de l'AME est synonyme d'exclusion et renforce la détresse économique et sanitaire de ces populations. La notion de « conséquences d'une exceptionnelle gravité », reconnue par la loi de 1998 modifiant l'ordonnance de 1945 comme donnant droit à un titre de séjour, est aujourd'hui remise en cause. Il est nécessaire et urgent de trouver des solutions à ce qui est un problème de santé publique, un problème humanitaire mais aussi une question de droit.

## FLORENCE LOT

**C R I P S**

### ÉPIDÉMIOLOGISTE, INVS

Les principales données utilisées pour cette présentation sont celles de la déclaration obligatoire du VIH/sida et de l'enquête Vespa. Entre 1998 et 2004, la diminution globale du nombre de cas de sida a été de 35 %, avec une diminution plus marquée chez les Français (de 52 %) et, par contre, une augmentation chez les personnes étrangères jusqu'en 2002. L'augmentation la plus importante entre 1998 et 2004 (+44 %) concerne les patients d'Afrique subsaharienne (Congo, Cameroun, Côte d'Ivoire, Mali, République centrafricaine) et particulièrement les femmes. En Île-de-France, en 2003-2004, 46 % des découvertes de séropositivité concernent des personnes d'Afrique subsaharienne, 3 % des personnes du Maghreb et 3 % des personnes d'Amérique. Dans les régions limitrophes (Haute-Normandie, Centre, Picardie) l'Afrique subsaharienne représente entre 36 % et 40 % des découvertes de séropositivité. Dans les départements français d'Amérique, en Guyane et dans une moindre mesure en Guadeloupe, les personnes d'Amérique (Haïti, Surinam, Guyana) représentent une proportion très importante des découvertes de séropositivité.

En ce qui concerne la situation socio-économique des étrangers, l'enquête Vespa montre que malgré les problèmes de sous-emploi chez les migrants, le niveau d'activité professionnelle est maintenu durant la maladie. Environ un quart des migrants vivant avec le VIH en 2003 est logé dans des conditions précaires, les femmes

sont encore plus concernées que les hommes par ce problème. Les revenus des migrants sont inférieurs à ceux des autres personnes vivant avec le VIH et les femmes seules avec enfants se retrouvent dans les situations de plus grande pauvreté.

Concernant le dépistage, l'enquête Vespa a établi qu'environ 60 % des femmes d'Afrique subsaharienne et 35 % des hommes vivant avec le VIH en 2003 ont été diagnostiqués dans l'année suivant leur arrivée en France, tandis que pour les migrants du Maghreb, le dépistage s'est souvent fait onze ans ou plus après l'arrivée en France. Le dépistage a plus souvent lieu lors de signes cliniques pour les hommes et lors du suivi de grossesse pour les femmes. La prise en charge apparaît comme relativement rapide. Selon l'enquête « Recours tardif aux soins », 80 % des migrants pris en charge tardivement entre 1997 et 2003 l'ont été dans le mois suivant leur dépistage. D'autres données montrent que le suivi est aussi régulier chez les femmes migrantes que chez les femmes françaises.

Au total, les personnes étrangères représentent 7 % de la population vivant en France, 18 % des personnes vivant avec le VIH en 2003, 40 % des diagnostics de sida de 2003-2004 et 44 % des découvertes de séropositivité sur la même période (55 % en région Île-de-France). Il s'agit majoritairement de personnes originaires d'Afrique subsaharienne (pour 76 % des découvertes de séropositivité chez les étrangers). Les migrants vivant avec le VIH cumulent les facteurs sociaux péjoratifs classiques (en termes de travail, logement, revenus). Le problème du retard au dépistage est soit le fait d'une immigration récente alors que la contamination est ancienne, c'est le cas notamment des femmes, soit d'une immigration plus ancienne, il s'agit alors plutôt d'hommes. On a montré que le retard au dépistage augmente le risque de morbidité et de mortalité, c'est pourquoi l'accès aux soins doit intervenir sans tarder. Jusqu'en 2003, l'accès aux soins suivait le diagnostic du VIH, mais il est possible que la situation se soit aggravée suite aux modifications d'attribution de l'AME.

## **TABLE RONDE 1** **POLITIQUE DE PRÉVENTION** **ET DE DÉPISTAGE EN** **DIRECTION DES ÉTRANGERS**

### **REDHA SADKI**

**FONDATEUR, COMITÉ MAGHREB AFRIQUE**  
**DES FAMILLES POUR SURVIVRE AU SIDA**

Le Comité des familles pour survivre au sida a été créé en mai 2002 pour sortir du silence entourant les personnes

séropositives et leurs familles, pour débattre de la vie de couple, de la vie sexuelle lorsque l'un ou les deux partenaires sont séropositifs. Ces témoignages peuvent être consultés sur le site [www.survivreausida.net](http://www.survivreausida.net). En matière de prévention, le Comité s'intéresse aux couples et aux familles car six hommes séropositifs sur dix ont un partenaire depuis au moins six mois, trois femmes sur quatre vivent en couple, une femme atteinte par le virus sur trois est issue de l'immigration et plus de la moitié de ces femmes vit avec des enfants. Selon l'enquête Vespa, dont les données recourent les données de terrain, 90 % des étrangers séropositifs ont un titre de séjour, deux hommes immigrés sur trois et trois femmes sur quatre avaient des enfants au moment où ils ont été diagnostiqués positifs. Les personnes issues de l'immigration sont les plus nombreuses à vivre avec des enfants de moins de 16 ans, mais aussi à avoir des enfants dont ils vivent séparés (le plus souvent restés dans le pays d'origine). Ce qui pose la question du droit au séjour des « accompagnants » de malades.

En ce qui concerne les enfants, on observe trois générations distinctes. Les enfants nés avant 1994, dont 20 % à 30 % sont séropositifs, et pour lesquels la mise en place du traitement préventif a fait baisser le taux de transmission du virus à moins de 2 %. L'apparition de la trithérapie en 1996 a conduit à un « baby-boom ». La charge virale, devenue indétectable, aurait pu faciliter l'AMP (assistance médicale à la procréation). Or l'AMP, mise en place en mai 2001, n'est pas dotée de moyens suffisants pour être une alternative efficace aux rapports sexuels non protégés ce qui, aujourd'hui encore, conduit les couples à des prises de risque qui pourraient être évitées. Une rencontre entre une soixantaine de familles et des médecins spécialistes a eu lieu en juin 2005 autour des questions d'assistance médicale à la procréation, le suivi lors de la grossesse, le suivi des enfants. Les besoins identifiés à cette occasion sont la rencontre d'autres parents dans le même cas, l'information sur les possibilités et les délais nécessaires de procréation en évitant la contamination, sur le suivi pédiatrique des enfants contaminés ou pas, sur l'influence des traitements consécutifs à l'accouchement (Retrovir®) et sur leur toxicité. Les couples se trouvent au cœur de la deuxième épidémie dans l'immigration maghrébine, ce qui nous conduit à nous interroger : quel message de prévention adopter pour les femmes conscientes des prises de risque de leur mari ? Comment les hommes mariés peuvent-ils s'identifier aux campagnes de prévention de type homosexuel identitaire ? Quelles conséquences sur la vie de couple lorsqu'un des deux apprend sa séropositivité ?

Il est maintenant impératif d'informer sur l'auto-insémination (lorsque la femme est séropositive), de faciliter l'accès aux techniques d'AMP et d'en raccourcir les délais de mise en œuvre afin d'éviter les inévitables prises de risque, de soutenir les actions de proximité pour les couples et les familles concernés en s'appuyant sur leur expérience.

## **AMINATA SINON**

**COORDINATRICE DES MÉDIATRICES DE SANTÉ, IKAMBERE**

Quel type de prévention des IST et du VIH faut-il adopter, comment la mettre en place auprès des migrants ? L'usage réel du préservatif apparaît comme difficile à imposer pour différentes raisons. Pour les femmes vivant dans une situation de grande précarité, entièrement dépendantes d'un homme, il est impossible de l'imposer à cause du manque de moyens financiers, d'autorité sociale, de l'isolement. Pour les hommes vivant dans les foyers de travailleurs migrants – souvent mariés avec une femme restée au pays – se pose le problème de la prostitution, parfois même au sein des foyers. Ce problème est très difficile à aborder. On constate chez ces travailleurs migrants deux attitudes : la négation de l'existence de rapports sexuels en France (abstinence) et/ou la perception du préservatif comme incitation à la débauche. Dans les foyers, combien d'hommes ont le courage de demander des préservatifs lors des séances de prévention, de le proposer à leur partenaire, d'aller en acheter à la pharmacie ? Là se pose la question de la gratuité, et du lieu de mise à disposition qui ne peut être public. C'est pourquoi les gestionnaires de foyers sont souvent le meilleur recours pour diffuser des préservatifs gratuits de manière discrète.

En ce qui concerne l'accès à l'information sur le VIH, les messages de prévention ciblés – type les affiches récentes de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes) – et les lieux d'affichage posent question. Certains ne les ont pas vues, d'autres les ont ressenties comme une stigmatisation de la population noire. Toutefois, elles ont bien fonctionné sur les jeunes et les ont incités à se faire dépister. À qui sont destinés les messages de prévention ? Les primo-arrivants, et surtout les femmes, ne se sentent pas concernés. La plupart de ces femmes sont hébergées ou vivent en squat. Que deviendra leur projet migratoire si elles sont séropositives ? Elles se retrouveront dans la rue.

Le problème des jeunes scolarisés est plus aigu encore. Entre 14 et 16 ans, les rapports sexuels ont souvent lieu de manière furtive, et donc sans préservatif. Que peut-on proposer pour que ces jeunes comprennent la gravité de la situation ? Les jeunes travailleurs migrants, souvent logés en communauté dans des conditions de promiscuité absolue, iront-ils se faire dépister pour se retrouver dans « l'enfer de la prise en charge » qui risque de les exclure plus encore ? Aujourd'hui, l'accès aux droits et aux soins est devenu très difficile. L'AME est complexe à mettre en œuvre, ne parlons pas des droits sociaux. Faut-il se faire dépister si cela implique dans la réalité une reconduite à la frontière pour les personnes séropositives ? Quelle prise en charge sociale peut-on mettre en place après l'annonce de la séropositivité au VIH ? Là sont les questions.

**BERNARD BASSET****SOUS-DIRECTEUR DE LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS)**

Les données épidémiologiques recueillies depuis le tournant des années 2000 nous ont amenés à axer notre politique sur des populations prioritaires et sur des choix de régions prioritaires. On dénombre plus de 20 % de cas de sida parmi la population étrangère dans onze régions, plus de 30 % dans une seule région. Le volet du programme national 2004-2006 de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France a été conçu en liaison avec les associations et avec le souci d'éviter toute stigmatisation. Cet outil permet aux régions de mutualiser leurs moyens, d'échanger et d'adapter les expériences en fonction du contexte. Il nous permet également de mieux suivre les conséquences délétères d'un retard au dépistage. La stratégie mise en place se développe à un double niveau : agir en direction des migrants en tant que composante de la société française, agir en direction des migrants comme population spécifique. L'accès au dépistage peut être amélioré par la production d'outils (guide du Comede, livret de santé bilingue en cours d'élaboration), par le rapprochement entre les différentes structures de soins, en facilitant le recours à des services d'interprétariat dans les CDAG et les hôpitaux. L'amélioration de la prévention passe par la prise en compte des situations de vulnérabilité particulière : personnes exerçant la prostitution, personnes en situation d'errance, personnes incarcérées. Les réseaux mafieux qui organisent et contrôlent une partie de la prostitution déplacent les personnes de ville en ville, ce qui renforce la difficulté des actions de prévention. Les crédits affectés à la prévention en direction des migrants étaient environ de deux millions d'euros en 2003, soit une augmentation légère mais constante. Les supports de communication en direction des migrants font l'objet de réunions régulières de concertation sur le terrain et sont largement diffusés, ce qui induit une visibilité plus grande des migrants dans les campagnes de communication générale.

**PHILIPPE LAMOUREUX****DIRECTEUR DE L'INPES**

Rappelons tout d'abord que le budget consacré au sida par l'Inpes représente plus de 20 % de son budget global ce qui témoigne de l'importance apportée à cette maladie. La communication en direction des migrants, initiée depuis les années quatre-vingt-dix, est une question complexe, en partie à cause de la diversité des populations regroupées sous le terme de migrants. On peut néanmoins définir quatre axes principaux. D'abord mieux connaître les populations issues de l'immigration pour sortir des stéréotypes, par une série d'études et d'enquêtes (migrants et média, freins au dépistage chez les primo-arrivants, évaluation des supports d'infor-

mation en aval des campagnes). S'appuyer sur le mouvement associatif de proximité car la transmission du savoir se fait majoritairement par les pairs, une quinzaine d'associations travaillant dans ce champ est d'ailleurs soutenue par l'Inpes. Travailler avec des professionnels relais, notamment les professionnels de santé (médecins, guide du Comede diffusé à 30 000 exemplaires, livret de santé à paraître). Renforcer la communication spécifique en direction des migrants dans les médias (les radios sont très écoutées et peuvent servir de support à des créations de feuilletons, de sitcoms, la télévision est utilisée depuis 2002) et hors médias (journée du 1<sup>er</sup> décembre, finale de la Coupe d'Afrique des Nations). L'Inpes utilise vingt-sept langues différentes pour le travail sur la thématique du sida, en s'inspirant des codes culturels spécifiques à chaque groupe (roman-photo diffusé dans les salons de coiffure afro). La campagne d'affichage mettant en scène des populations issues de l'immigration a, selon les post-tests, été bien reçue. Reste le problème de la visibilité des campagnes de prévention, qu'elles soient en direction des migrants ou des Français de souche. On constate en effet qu'un message adressé à un certain type de population ne sera pas « vu » par les autres. S'il est aujourd'hui possible de communiquer sans stigmatisation c'est grâce au travail réalisé par les associations, partenaires indispensables de l'État, et sources de réflexion, d'analyse et d'inspiration pour les actions à mener.

**QUESTIONS DE LA SALLE****NATHALIE SIMONNOT, RESPONSABLE PROGRAMMES FRANCE, MÉDECINS DU MONDE**

— Que deviennent les 20 % de personnes qui ne bénéficient pas de l'accès aux soins dans le mois suivant le dépistage ? D'autre part, le ministère de l'Intérieur entretient une polémique sur le nombre d'étrangers venant en France pour se faire soigner, nous en voyons peu dans notre pratique. Qu'en est-il en réalité ?

**FLORENCE LOT** — Nous ne disposons pas de données particulières sur ces 20 %, peut-être sont-elles prises en charge avec retard. Ce problème existe également dans la population française. Sur la question de la venue en France de séropositifs, les chiffres du ministère de l'Intérieur (ceux de 2002 étant les derniers disponibles) montrent que seuls 8 % des migrants d'Afrique subsaharienne ont bénéficié d'un titre de séjour de moins d'un an pour raisons médicales en 2001, même si ce pourcentage a tendance à augmenter un peu. Mais attention, la raison de la délivrance d'un titre de séjour par la préfecture n'est pas forcément superposable à la raison de venue en France d'une personne, sachant qu'il s'agit souvent de raisons multiples. Ce phénomène reste marginal.

**AMINATA SINON** — Une partie des 20 % dont nous parlions ne supporte pas l'annonce du diagnostic. On retrouve ces personnes dans d'autres centres, pour d'autres dépistages. Une partie réapparaît à l'hôpital quand le sida est déclaré.

**DANIÈLE BITAN, INTERVENANTE, CRIPS ÎLE-DE-FRANCE** — C'est pourquoi les entretiens préalables et postérieurs au test de dépistage doivent être conduits avec finesse, que le diagnostic soit positif ou négatif, ce qui permet de parler également de prévention.

**NATHALIE SIMONNOT, MÉDECINS DU MONDE (MDM)** — Il existe un vrai problème d'interprétariat dans les Centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), nous ne savons pas toujours où adresser les patients en fonction de leur langue.

**CATHERINE CHARDIN, CHEF DE PROJET VIH MIGRANTS, DGS** — Le programme DGS-ISM (Inter service migrants) interprétariat offre des prestations efficaces en quatre-vingts langues, avec une mise à disposition assez rapide par téléphone. Il s'agit pour nous de faire savoir aux CDAG et aux publics concernés qu'il y a possibilité d'avoir recours à des interprètes professionnels. Reste le problème du coût. Cette année, quatre cents prestations gratuites sont offertes dans le cadre de ce programme. Le nombre de demandes que nous recevons n'excède pas ce chiffre, ce qui souligne à la fois le problème budgétaire et le problème de méconnaissance de ce service par les professionnels.

**AMINATA SINON** — Nous constatons des délais de une à deux semaines pour obtenir un interprète dans les services hospitaliers. C'est pourquoi les médecins font souvent appel aux médiateurs de santé pour assurer l'interprétariat.

**UN INTERVENANT, MDM** — Nous distribuons gratuitement des préservatifs aux prostituées dans le cadre de nos missions, or récemment, certaines de ces femmes ont été interpellées par la police précisément parce qu'elles avaient sur elles plusieurs préservatifs.

**BERNARD BASSET** — Je ne peux répondre à la place du ministère de l'Intérieur, mais pour la DGS ce type de prévention est l'une de nos priorités dans le cadre de la lutte contre le VIH.

**NATHALIE SIMONNOT, MDM** — Peut-être faudrait-il faire figurer sur les préservatifs, comme sur les kits d'injection, un message de soutien gouvernemental à ces actions préventives.

**NICOLE TSAGUE, MÉDIATRICE, AFRICAN POSITIVE ASSOCIATION** — Sans nier la précarité, il faudrait tenir un autre discours sur le préservatif car même les femmes qui ont fait un certain chemin ont du mal à en parler.

**FERDINAND EZEMBE, PSYCHOLOGUE, AFRIQUE CONSEIL** — Il ne faut pas mélanger précarité, pauvreté et prévention. Au Mali, des femmes m'ont proposé des préservatifs, ce n'est donc pas une question de pauvreté mais de responsabilité.

**MAXIME JOURNIAC, COORDINATEUR ACTIONS THÉRAPEUTIQUES, SIDA INFO SERVICE (SIS)** — Il est désolant et grave que des représentants du ministère de l'Intérieur soient absents, surtout dans le contexte actuel.

**ANTONIN SOPENA, ACT UP-PARIS** — Ils ne sont officiellement pas disponibles. Nous avons reçu un courrier sur le droit au séjour dont nous vous donnerons lecture.

**MAXIME JOURNIAC, SIS** — Les conseils généraux se désengagent du dépistage, notamment les Hauts-de-Seine, que compte faire la DGS ?

**BERNARD BASSET** — Je ne peux pas répondre à la place des conseils généraux. Dans le cadre de la recentralisation des compétences, un accès équitable au dépistage doit être assuré partout sur le territoire, nous y sommes attentifs. Cancer, sida et tuberculose font l'objet de bilans, département par département. Il n'y aura pas de disparition des CDAG.

**MAXIME JOURNIAC, SIS** — Question à Aminata Sinon et Redha Sadki. Quel rôle des outils comme internet et le téléphone peuvent-ils avoir dans la prévention ? Comment les utilisez-vous ?

**AMINATA SINON** — Le téléphone a un rôle d'information, de conseil et de soutien. Nous l'utilisons beaucoup, à la fois pour ceux qui sont présents en France, et pour répondre à des questions concernant les personnes restées au pays.

**REDHA SADKI** — Aujourd'hui, beaucoup de gens, même en situation précaire, se débrouillent pour avoir accès à internet dans les cyber-cafés. La radio reste un très bon vecteur d'information pour les personnes n'ayant pas le téléphone ou uniquement un portable et pour ceux qui ne sont pas prêts à rejoindre une association.

## **TABLE RONDE 2 ACCÈS AUX SOINS ET PRISE EN CHARGE MÉDICALE**

### **SYLVANA SINIZEYE**

#### **ACT UP-PARIS**

Aujourd'hui on assiste à une augmentation des problèmes d'accès aux soins pour les étrangers et notamment en matière d'ouverture des droits pour l'AME : les soins sont souvent pris en charge directement par l'hôpital sans que les droits ne soient ouverts.

Ce type de prise en charge est incompatible avec le suivi nécessaire pour une pathologie lourde. Venue en France pour une mission de travail, je suis tombée malade et j'ai été hospitalisée. Lors de mon séjour à l'hôpital, le service de recouvrement ne cessait de passer pour savoir comment j'allais régler les factures puisque je ne bénéficiais pas de l'AME. À ma sortie, malgré le besoin de soins intensifs, je n'avais pas droit à la consultation chez un médecin de ville mais à l'hôpital et sur rendez-vous et, entre deux, j'étais toujours souffrante. Je bénéficiais gratuitement des antirétroviraux, mais je devais payer les médicaments pour lutter contre les infections opportunistes. Au bout de trois mois de présence en France s'est posée la question AME ou couverture médicale universelle (CMU) ? Les informations étaient contradictoires. Une

assistante sociale m'a demandée d'apporter mes feuilles de paie restées au Burundi pour pouvoir cotiser à la CMU alors que j'étais déjà en France, malade et sans ressources. Peu après, j'ai eu la CMU en urgence. Qu'en est-il de toutes les personnes qui ne peuvent être prises en charge par un hôpital car leur problème de santé est jugé moins prioritaire ? En l'absence de droits ouverts, de nombreuses personnes attendent pour se rendre à l'hôpital, mettant ainsi leur santé en danger ce qui nécessite des soins plus lourds et plus coûteux. La seule solution reste l'ouverture de la CMU pour tous et donc aussi pour les sans-papiers.

### **OLIVIER BOUCHAUD**

**INFECTIOLOGUE CLINICIEN,  
HÔPITAL AVICENNE, AGENCE NATIONALE  
DE RECHERCHES SUR LE SIDA (ANRS)**

Deux points d'importance particulière sont à souligner : la prise en charge tardive et l'adaptation de la prise en charge aux migrants. Pour cela, il faut prendre en compte les interactions entre différents problèmes. Problème alimentaire – la prise d'un traitement nécessite trois repas par jour, ce qui n'est pas toujours possible. Problème de logement – il faut disposer d'un réfrigérateur pour conserver les médicaments. Problème de communication, aussi bien linguistique que « culturelle ». Il faut rappeler la nécessité du respect absolu du secret, aussi bien lors des visites que par téléphone. Se pose, par exemple, la question du stockage et de la prise discrète des antirétroviraux lorsqu'on ne dispose que d'un réfrigérateur partagé et que les repas sont communautaires. Même chose pour la gestion des effets secondaires qui posent de gros problèmes au quotidien. Il faut également tenir compte des contraintes économiques et financières : adapter les horaires des consultations, tenir compte du coût des transports, adapter les traitements selon qu'ils sont pris avec ou sans repas. Les contraintes sont également linguistiques, le respect du secret interdit d'entrer en contact avec un patient en recourant à la famille, au conjoint, à la communauté. Le recours à Inter services migrants, service téléphonique performant et gratuit, permet d'effectuer les annonces de séropositivité dans une pièce fermée en prenant le temps nécessaire à l'adhésion au traitement et au suivi des patients. Les ordonnances sont accompagnées de visuels qui permettent d'identifier les boîtes et comprimés nécessaires au traitement afin que les patients puissent facilement les repérer. Il est très important de disposer de structures d'observance dans un service hospitalier, cela fonctionne très bien en Afrique depuis dix ans et la France est très en retard sur ce point. Enfin, l'isolement affectif dans lequel se trouvent les migrants, le désir et l'importance du retour au pays quand ils vont mieux – ne serait-ce que pour montrer que tout va bien – nécessitent de proposer et d'aider à préparer des voyages thérapeutiques d'une durée de trois mois. La Sécurité sociale devrait s'adapter, or c'est de plus en

plus difficile. Les patients doivent maintenant aller faire viser leur autorisation de délivrance des traitements pour trois mois et, depuis septembre, il semble que la durée soit limitée à deux mois. En ce qui concerne l'ANRS, un groupe de travail transversal sur les migrants a été mis en place ainsi que des essais et cohortes. L'étude Vihvo va essayer de mettre en évidence les difficultés que les migrants peuvent avoir à prendre leur traitement lorsqu'ils repartent en vacances dans leur pays d'origine.

### **ARNAUD VEÏSSE**

**DIRECTEUR DU COMITÉ MÉDICAL  
POUR LES EXILÉS (COMEDE)**

C'est une fois de plus la culture du système de santé qui est à interroger et non la culture des migrants. Le parcours d'une personne dont j'assure le suivi au Comede cumule les difficultés d'accès aux soins et de prise en charge médicale que rencontrent les migrants. M. S., Malien, découvre son diabète en février 2002 à l'occasion d'un coma diabétique. Il obtient une carte de séjour temporaire d'un an en octobre 2002, en raison de l'exceptionnelle gravité de sa maladie. Il trouve du travail et voit ses droits à la Sécurité sociale de nouveau ouverts. Le renouvellement de la carte de séjour, accepté en 2003, est refusé en 2004. M. S. perd son emploi et poursuit son traitement avec l'AME. Un recours est adressé à la préfecture et au médecin, nouveau refus. Un recours contentieux est déposé auprès du tribunal administratif, qui sera jugé dans deux ans. M. S. a appris, il y a deux semaines, le refus de son AME. Combien de sans-papiers se trouvent dans cette situation ? Le ministère de l'Intérieur estime leur nombre entre 200 000 et 400 000, or ils ne sont que 146 000 bénéficiaires de l'AME au premier semestre 2005. On peut donc estimer que ce sont entre 100 000 et 200 000 personnes qui sont exclues des soins, sauf à prétendre qu'ils sont « trop riches pour bénéficier de l'AME » comme on l'a récemment entendu. Comment en est-on arrivés là ? Rappel des trois temps qui ont conduit à la stigmatisation et à l'exclusion des sans-papiers. En 1992-1993 a lieu la réforme de l'aide médicale, c'est la première fois qu'est inscrite dans la loi la possibilité pour toute personne démunie et résidant en France de recevoir des soins. En mai 1993, la loi Pasqua introduit pour la première fois la notion de séjour régulier pour bénéficier de la Sécurité sociale, ce qui en exclut les sans-papiers. En 1997, création des Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) pour tout le monde dans l'hôpital public, ce qui permet de soigner toute personne résidant en France, démunie et dépourvue de droits à une protection maladie. En 1998, exclusion des sans-papiers de la CMU et exposition de ces personnes au vu de tous puisqu'elles sont seules bénéficiaires de cette aide médicale à part. En 2002-2003, on assiste à la suppression programmée de l'aide médicale résiduelle en trois tentatives. Décembre 2002, création d'un ticket modérateur : indignation des professionnels de santé et des associations et suspension de la publication

du décret. Mai 2003, diffusion d'un projet de circulaire d'application de l'aide médicale avec dix-neuf pages de recommandations transformant de fait les agents de la Sécurité sociale en inspecteurs des Finances (7 pages sur le calcul des ressources des sans-papiers) et en inspecteurs de police (10 pages sur l'appréciation du critère de résidence en France). Indignation des professionnels de santé et des associations, critiques de la Cnam et suspension de la diffusion de cette circulaire. Enfin, la loi de finances rectificative de décembre 2003 a supprimé la procédure d'admission immédiate à l'aide médicale quand la situation l'exige, procédure qui reste maintenue pour la CMU complémentaire, et a imposé un délai de résidence préalable de trois mois pour pouvoir bénéficier de l'AME. De nombreux étrangers en séjour régulier ont aussi vu leur situation d'accès aux soins se dégrader au cours des deux dernières années, dans un climat de suspicion encouragé par des déclarations politiques dangereuses. La nouvelle réglementation sur les procédures d'asile à garanties diminuées conduit de nombreux demandeurs à se retrouver dépourvus de titres de séjour sans que l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) ait statué sur leur demande, d'où une réelle difficulté dans la continuité des soins. Pour les plus démunis et face aux carences des Pass, la continuité des soins n'est possible qu'en cas de protection maladie avec dispense d'avance des frais, c'est-à-dire une complémentaire CMU ou AME. Sans protection complémentaire, la règle est l'interruption des soins, soit immédiate, soit consécutive à la réception de la facture de l'hôpital. Lorsque les malades essaient de consulter un médecin avant que l'aggravation de leur état de santé ne les conduise aux urgences, la suppression de l'admission immédiate rend le médecin impuissant à délivrer les soins nécessaires avant d'avoir instruit le dossier, ce qui prend plusieurs semaines. Dans tous les cas, ils se retrouvent donc aux urgences de l'hôpital. Au-delà des dégâts humains engendrés par ces réformes, leurs conséquences plus globales sont dangereuses sur le plan de la santé publique et contre-productives sur le plan économique. La restriction de l'accès précoce et préventif au système de soins entraîne des dépenses lourdes en termes d'hospitalisation et de traitement des complications pour les maladies chroniques. Ces conséquences sont également pénibles pour les agents de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), confrontés à des tâches habituellement dévolues à la police, et qui ignorent la signification des multiples documents de séjour précaires délivrés par les préfectures souvent en dépit de la réglementation. Pénible aussi pour les services des urgences hospitalières qui sont sollicités pour délivrer des « certificats d'urgence préalables à toute décision d'hospitalisation pour les patients insolubles ». Quelles sont les perspectives ? Dans l'intérêt de la santé publique et sur le plan économique, la solution la plus responsable est à la fois la plus éthique et la plus simple : il s'agit de rattraper l'occasion manquée de 1999 en créant une couverture médicale véritablement universelle, c'est-à-dire sur le critère de résidence en France.

L'autre solution consisterait en une fuite en avant qui renforce la figure du sans-papiers bouc émissaire. La trame est fournie par le rapport demandé à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) en 2003 en vue de limiter l'accès des sans-papiers à l'AME – et qui a déjà servi à la suppression de la procédure d'admission immédiate en décembre 2003. Les deux dernières suggestions de ce rapport n'ont pas à ce jour été reprises par le gouvernement, mais sont intéressantes à citer. L'une consiste à considérer « la situation particulière des bénéficiaires de l'AME qui justifient un panier de soins différent, les prestations prises en charge seraient alors une partie du cadre défini pour les assurés sociaux », soit une médecine à deux vitesses. L'autre, plus dangereuse encore, précise : « des formes spécifiques d'encadrement d'accès aux soins de ville pourraient être mises en œuvre pour les bénéficiaires de l'AME. Dans cette hypothèse, chaque bénéficiaire s'abonnerait auprès d'un médecin, d'un pharmacien, d'un centre de santé ou d'autres professionnels prescrits. » Ce qui serait pire encore.

## **MARIE-CLAIRE DAVEU**

### **CONSEILLÈRE AUPRÈS DU MINISTRE DE LA SANTÉ**

Pour le gouvernement, l'AME reste un sujet majeur qui doit répondre à un double objectif, humanitaire et sanitaire. Le public ciblé est celui des personnes en situation irrégulière sur le territoire français ou déboutées du droit d'asile et les ayants droit des deux catégories précitées. Deux amendements rectificatifs à la loi de finances 2002-2003 ont souhaité recentrer ce dispositif sur les personnes cibles et éviter tout abus ou tout risque de dérive pour des personnes qui ne correspondraient pas à ce public que nous cherchons à protéger. Le législateur a prévu que les personnes faisant une demande d'AME devaient attester de leur identité et de celle de leurs ayants droit, de leurs conditions de résidence sur le territoire depuis trois mois et souscrire aux conditions de ressources sur les douze derniers mois. Les deux décrets d'application publiés le 29 juin dernier ont pour objectif de préciser les documents à fournir pour bénéficier de l'AME. Dans un objectif de sécurisation du système qui bénéficiera également au demandeur, notamment dans le cadre de l'accès aux soins en ville, a été introduite la notion de mise en place d'un titre sécurisé avec photo. Ceci non pas pour stigmatiser mais, afin de sortir du climat de suspicion que l'on rencontre parfois, pour homogénéiser ce qui se passe sur le territoire et éviter les falsifications. La circulaire d'application élaborée l'été dernier avec l'avis des associations a été signée début octobre, son objectif est d'éviter toute interruption dans la continuité des soins. Le délai d'instruction de la demande sera inférieur ou égal à un mois. Pour qu'il n'y ait pas de non-prise en charge des soins, la circulaire « soins urgents » parue au mois de mars 2005 permet de prendre en charge à l'hôpital, de façon immédiate, toute personne (sans condition de résidence) présentant une pathologie comme le sida.

Les droits à l'AME prendront effet le jour du dépôt de la demande, il y a donc un effet rétroactif. Si le certificat de naissance, rédigé en dialecte, n'est pas compréhensible par les agents de la Cnam, il sera possible soit de procéder à une traduction, soit de produire une « attestation de la connaissance de l'identité ». Encore une fois, le ministre a voulu faire preuve d'ouverture, c'est pourquoi la justification de l'identité pourra être délivrée par une association, un médecin, ce qui facilitera les démarches pour les personnes de bonne foi ne pouvant plus aujourd'hui fournir de trace de leur identité. Dès la publication de la circulaire, un groupe de professionnels sera constitué pour identifier les difficultés qui se posent sur le terrain et y remédier.

## QUESTIONS DE LA SALLE

**REDHA SADKI, COMITÉ MAGHREB AFRIQUE DES FAMILLES POUR SURVIVRE AU SIDA** — Comment justifiez-vous votre acharnement sur les pauvres et les malades, est-ce un crime ? Avoir recours à un tuteur médical est une façon d'infantiliser les migrants.

**MARIE-CLAIRE DAVEU** — Toute personne en difficulté qui est dépistée est prise en charge par la circulaire « soins urgents », c'est le cas pour les grossesses par exemple. S'il y a un dysfonctionnement, faites-le nous savoir. Nous avons besoin d'une gestion rigoureuse. C'est le nombre infime de personnes ayant abusé du système qui a engendré cette polémique. Si le système est carré, fiable, reconnu par tous, il n'y aura plus de tentation d'en abuser.

**UN PARTICIPANT** — Question à Olivier Bouchaud. Qu'en est-il du secret absolu dans le cas où l'un des deux membres d'un couple est contaminé ?

**OLIVIER BOUCHAUD** — C'est un énorme problème en effet. On constate dans ces couples une tendance à se séparer, la peur d'être abandonné peut donc conduire au risque de ne pas mentionner sa séropositivité.

**BRIGITTE SIMONNOT, MDM** — Qu'en est-il des Roumains, Bulgares, et des populations Rom qui sont victimes de discrimination dans leurs pays ?

**MARIE-CLAIRE DAVEU** — Ils entrent dans le cadre de l'AME. Le maintien de l'AME sera d'autant plus effectif si elle est inscrite dans la loi de finances.

**DOROTHÉE DUMAY, CHARGÉE DE PRÉVENTION MIGRANTS, AIDES ÎLE-DE-FRANCE** — Reste le problème de la justification des ressources.

**MARIE-CLAIRE DAVEU** — Sur la question des ressources, la circulaire du décret d'application précise qu'une déclaration sur l'honneur peut, en dernier recours, être acceptée. Il va de soi que le travail au noir n'est pas ce que le ministère promet.

**ARNAUD VEÏSSE** — Il s'agit malheureusement d'un traitement symptomatique et non des causes. Il ne faut pas oublier que les bénéficiaires de l'AME subissent souvent des refus de soins en ville par les professionnels de santé. À quand une CMU vraiment universelle ?

**MARIE-CLAIRE DAVEU** — Le titre sécurisé facilitera la prise en charge par un médecin de ville. Le sujet de la CMU n'est pas à l'ordre du jour.

**DANIELLE MESSENGER, FRANCE INTER** — Sylvana, où en êtes-vous de votre prise en charge ?

**SYLVANA SINIYEZE** — J'ai la CMU, je consulte à l'hôpital et j'ai un médecin de ville ce qui est très important pour les pathologies lourdes.

## TABLE RONDE 3 DROIT AU SÉJOUR ET CONDITIONS DE VIE DES MALADES ÉTRANGERS

### CLAIRE HÉDON

ANIMATRICE, JOURNALISTE À RFI

La question du droit au séjour conditionne l'accès à l'emploi, au logement, aux prestations sociales, elle est donc directement liée aux conditions de vie des malades étrangers.

Le ministère de l'Intérieur n'a pas souhaité participer à cette table ronde, voici un extrait du courrier que nous avons reçu. « Le ministre d'État m'a chargée de vous indiquer que les conditions dans lesquelles sont accueillis en France les étrangers malades font l'objet de toute son attention. À cet égard, il convient de souligner que l'article L 313-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (Ceseda) a permis d'augmenter de façon sensible et constante le nombre de titres de séjour délivrés aux étrangers pour raison médicale. Bien entendu, les étrangers infectés par le VIH, dès lors qu'ils remplissent les conditions, bénéficient sans restrictions des dispositions de cet article puisque notre pays figure parmi ceux qui ont la chance de pouvoir apporter à ces malades, dans de bonnes conditions, tous les soins appropriés qu'ils sont en droit d'attendre. »

### HERVÉ GBEDO

ACT UP-PARIS

Arrivé en France en juillet 2004, j'ai consulté un médecin de ville qui m'a conseillé un dépistage qui s'est avéré positif. Le médecin m'a adressé à l'hôpital où une assistante sociale a fait un dossier de demande d'AME et une demande de titre de séjour. Ce n'est qu'en juillet 2005 que j'ai reçu une lettre de la préfecture refusant ma demande car le traitement est disponible au Bénin. De retour à l'hôpital pour une consultation, le médecin m'a affirmé que « la France ne peut pas accueillir tout le monde ». J'ai changé d'hôpital et me suis adressé à une association qui a introduit un recours auprès du préfet de Police pour une soixantaine de personnes dans la

même situation. Depuis cet été, le médecin de la préfecture est revenu sur sa décision, nous sommes encore une trentaine à attendre d'être convoqués pour pouvoir avoir droit à ce titre de séjour. Sans titre de séjour, pas de travail, et cela dure depuis quatorze mois. C'est également cette association qui m'héberge à l'hôtel et qui me fournit des tickets restaurant. Voilà la réalité de la condition des malades étrangers en France, c'est pourquoi je suis indigné par le courrier du ministère de l'Intérieur.

## **CHRISTIAN SAOUT**

### **PRÉSIDENT DE AIDES**

Aides a réalisé une enquête sur l'accès au séjour, aux soins et à l'hébergement, sous forme d'un questionnaire en trente points envoyé début 2005 à l'ensemble du réseau Aides dont vingt-deux délégations ont soutenu des étrangers séropositifs en situation irrégulière, originaires principalement du Cameroun, de Centrafrique, de Côte d'Ivoire, du Congo et d'Algérie. Nous avons constaté une série de difficultés qui débutent lors du dépôt de la demande du titre de séjour : mauvaises conditions d'accueil dans les préfectures (pratique discriminatoire consistant à convoquer les malades à certaines dates et heures), attente interminable puis exigence de pièces non prévues par les textes, refus d'enregistrer certaines demandes, non-délivrance de récépissé (ce qui est contraire aux règles administratives). Autres types de difficultés directement liées à la décision de la préfecture : le refus de délivrance d'un titre de séjour, la délivrance d'autorisations provisoires de séjour (APS), titre exceptionnellement précaire, la délivrance de cartes de séjour temporaire (CST) avec de très longs délais, la demande parfois, d'une taxe de séjour (non exigible), l'éventuelle rupture du secret médical, le traitement aléatoire des recours contre les refus de délivrance de titre de séjour. Difficultés liées à l'accès aux soins : les délais trop longs d'obtention de l'AME empêchent une prise en charge de prévention, le maintien en régime AME exclut le recours à la médecine de ville. Difficultés dans l'hébergement enfin : les structures d'urgence – lorsqu'elles existent – refusent souvent l'hébergement pour cause d'absence de papiers, les recours (hôtels, appartements-relais, associations) sont d'une efficacité variable due à la menace d'une éventuelle action en justice pour « aide illégale au séjour ». Il est donc immédiatement nécessaire de mieux respecter le droit au séjour – la même circulaire étant appliquée différemment selon les préfectures – de modifier les pratiques d'examen des droits, d'améliorer la promotion du dépistage précoce et la diffusion des outils de prévention. Il est nécessaire de changer les conditions de vie dans la société en respectant la pleine citoyenneté (ce qui implique, à long terme, le droit de vote), de remédier à l'inégalité des rémunérations, à l'inapplication des règles du travail, d'améliorer les conditions de logement, de faciliter le regroupement familial. En matière de perspectives publiques, Aides mène ses actions sur le terrain administratif, légis-

latif et en appelle à l'opinion publique. Nous demandons la suspension des décrets et des recours au fond en ce qui concerne l'AME, le recours au juge administratif car retarder les soins, c'est engager plus de dépenses pour l'avenir. L'organisation de conférences de presse et des propositions législatives sont également quelques unes de nos actions. Défendre les libertés publiques et défendre les exigences de santé publique ne sont pas contradictoires, des domaines de convergence existent, il faut trouver des solutions.

## **JULIEN EMMANUELLI**

### **CONSEILLER TECHNIQUE AU CABINET DU MINISTRE DE LA SANTÉ**

Sur la question du droit au séjour et des conditions de vie des malades étrangers, la France est fidèle à ses traditions humanistes. C'est en effet le seul pays d'Europe qui a su mettre en place un dispositif qui garantit le droit au séjour et au travail pour des personnes atteintes d'une pathologie grave et qui vivent sur le territoire français sans papiers. Ce dispositif législatif adopté en mai 1998 est le fruit d'un travail engagé dès 1995 entre différentes administrations et le secteur associatif. L'expérience montre en effet que la prise en charge sanitaire des personnes atteintes par le VIH nécessite un accompagnement social de qualité, concomitant voire préalable. Pour les étrangers vivant en France sans papiers, la découverte de la séropositivité s'accompagne souvent d'une remise en cause du projet initial de migration. La clandestinité est évidemment contradictoire avec un accès facile et simple au dépistage et aux soins, contradictoire notamment avec la continuité des soins qu'impose la maladie. Elle contrevient à l'axe prioritaire de la politique nationale de lutte contre le sida qui met l'accent sur la précocité et la continuité du soin. C'est pourquoi, il existe en France la possibilité d'accéder de droit à un titre de séjour et de travail pour les personnes n'ayant pas accès au dispositif médical dans leur pays d'origine. Nombreuses sont les associations qui s'en sont félicitées. Toutefois, l'application de cette loi entraîne des difficultés que nous nous employons à réduire en lien avec les ministères de l'Intérieur et de la Cohésion sociale. Ces difficultés sont de plusieurs ordres : elles relèvent parfois de modalités pratiques mal appliquées dans la transmission des dossiers médicaux par les services hospitaliers, elles peuvent également tenir à la grande hétérogénéité des procédures d'enregistrement ou à la disparité des avis médicaux qui sont rendus quand les personnes ne sont pas sous traitement ou viennent de pays dont l'accès aux antirétroviraux commence à voir le jour dans le cadre de protocoles bilatéraux. La formation de médiateurs de santé, mise en place avec le soutien de la DGS, permet de faire la liaison et de jouer un rôle essentiel d'observateur, ce qui constitue une réponse importante à ces problèmes. La DGS édite par ailleurs des recommandations régulières à destination des médecins ins-

pecteurs de santé publique, des directions de l'action sanitaire et sociale (Drass et Ddass) concernant la démarche à adopter face aux avis médicaux à rendre dans le cadre de l'article L 313-11. Concernant spécifiquement le VIH, une circulaire DGS va être diffusée pour préciser cette question, dans l'attente de la publication d'une circulaire interministérielle d'application de l'ensemble de l'article L 313-11.

## **CLAIRE DESCREUX**

**SOUS-DIRECTRICE DES POLITIQUES D'INSERTION ET DE LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS, DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE (DGAS), MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT**

Les dispositifs et les prestations de lutte contre l'exclusion s'adressent à tous, le fait d'être étranger n'est donc pas un critère spécifique d'attribution. L'allocation adulte handicapé (AAH), délivrée sous condition de résidence sur le territoire national (y compris les DOM et Saint-Pierre et Miquelon), reste acquise si la personne est absente moins de trois mois par an, ce qui est inscrit dans la loi de février 2005. Au-delà, les allocations sont versées au prorata de la présence sur le territoire national.

Les personnes atteintes de maladies dégénératives peuvent bénéficier de ressources fournies par la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) et la Caisse d'allocations familiales (Caf), dans un délai moyen d'instruction de trois mois pour la Cotorep et de cinq mois au maximum pour les deux structures, avec effet rétroactif au premier jour du mois suivant le dépôt de la demande. Le dispositif d'urgence spécifique mis en place par la circulaire de 1994 permet de ramener ce délai à deux mois. La loi du 11 février 2005 permet, lors du renouvellement de l'AAH, de faire l'avance des frais de soins. Le cumul de l'AAH et du complément de ressources versé par la Caf représente 80 % du Smic. Un dispositif d'hébergement temporaire a été créé pour venir en aide aux personnes sans domicile fixe dans le cadre d'une convalescence : les lits halte soins santé. Il s'agit d'une nouvelle structure de type médico-social qui doit permettre à ces personnes, une meilleure prise en charge et éviter des hospitalisations répétées, effectuées souvent tardivement. Ces lits ne sont pas dédiés à un type de pathologie donnée, seul l'état sanitaire de la personne en conditionnera l'accès. Cent lits par an seront créés dans les cinq prochaines années, la dotation incluant l'hébergement et les soins est inscrite dans le projet de loi de finances pour la Sécurité sociale, les décrets d'application sont prêts. Ces lits seront financés par les crédits de l'assurance maladie.

## **QUESTIONS DE LA SALLE**

**SYLVANA SINIYEZE, ACT UP-PARIS** — Le problème du regroupement familial est primordial dans l'évolution du soin et d'une prise en charge psychosociale des malades. Nous avons besoin de ce soutien, que pouvez-vous faire ?  
**CHRISTIAN SAOUT** — Les règles du regroupement familial qui sont extrêmement contraignantes devraient être allégées pour les personnes séropositives car on sait que leur environnement familial ne peut que les soutenir.

**JEANNE IBENUE EPOUMANG, ACT UP-PARIS** — J'ai fait quatre heures de queue à la préfecture pour attendre la décision de la commission concernant le renouvellement de ma demande d'APS. On m'a accordé six mois sans autorisation de sortie du territoire, sans autorisation de travailler. J'ai cinq enfants dont une fille de 7 ans que je n'ai pas vus depuis un an. J'ai travaillé onze ans en tant qu'infirmière dans mon pays, c'est un malade qui m'a contaminée. J'ai demandé une formation à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), impossible d'y accéder sans un vrai titre de séjour, impossible de faire valider mes acquis professionnels. Sans bénéficier d'un an d'APS, il est impossible de reprendre des études pour travailler ici. Je n'ai pas besoin de la Cotorep, j'ai un métier, je peux gagner ma vie. Nous ne demandons que l'application de la loi. La légalisation doit intervenir au bout d'un an, ce n'est pas le cas.

**JULIEN EMMANUELLI** — Nous travaillons actuellement sur un texte à destination du ministère de l'Intérieur pour les sensibiliser à l'importance et aux enjeux d'une bonne lecture de la loi, en insistant sur les conséquences liées à une mauvaise prise en compte de la situation (perte d'emploi, interruption de l'AAH, interruption des soins et des traitements liés à la déstabilisation sociale et psychologique des patients). Tout cela peut contribuer à la pérennisation de l'épidémie. Le ministère de la Santé fait son possible pour insister sur cette dimension de la prise en charge dans sa globalité, mais les arbitrages sont rendus de façon interministérielle.

**CHRISTIAN SAOUT** — Il faut déconnecter le droit au séjour du droit à la santé, sinon c'est sans issue. Je constate que les lits halte soins santé sont financés par la Sécurité sociale, alors qu'on ne veut pas que les étrangers aient accès à la CMU. Peut-on ou non faire bénéficier les étrangers de la Sécurité sociale ? Quelle est la logique ? Veut-on également qu'ils n'aillent pas à l'hôpital ? Enfin, la France n'est pas le seul pays à bénéficier d'un article L 313-11, beaucoup d'autres pays européens en disposent également. Tous d'ailleurs avec la même faiblesse : ces dispositifs sont organisés sur le fait que si les soins existent dans les pays étrangers, on peut y renvoyer les personnes. Il y a pourtant une différence fondamentale entre le fait d'avoir des soins potentiellement à disposition dans son pays, et le fait d'être éligible à ces soins. Le ministre de la Santé a demandé son avis au

Conseil national du sida sur la commission médicale régionale, ce qui a été fait, cet avis est resté sans réponse. Si on continue à travailler ainsi, on va vers une exacerbation des tensions, ce qui n'est souhaitable pour personne.

**HERVÉ GBEDO** — J'ai dit à mon enfant de 3 ans que je partais en vacances. Cela fait quatorze mois que je suis là sans pouvoir le revoir. Mon épouse est décédée du sida cette année. Essayez de parler de ce que nous vivons à la prochaine réunion avec le ministère de l'Intérieur.

**ANTOINETTE MBA, MÉDIATRICE, BONDEKO** — On donne aux malades une APS de six mois plus une de trois mois, sans possibilité de travailler, sans logement, et on leur demande d'attendre deux ou trois ans sur une liste d'attente pour un hébergement en foyer. C'est intolérable. Parfois, lorsqu'en désespoir de cause nous appelons le 115, ils ne viennent pas, ou ne prennent la personne en charge qu'une seule nuit. Comment se soigner dans ces conditions ? Nous sommes débordés, les personnes ne veulent pas partir le soir parce qu'elles n'ont nulle part où aller.

**CLAIRE DESCREUX** — Les difficultés liées au logement sont bien connues, elles ont été largement médiatisées, l'hôtel coûte cher en effet et ce n'est pas un dispositif idéal. Les lits halte soins santé permettront d'héberger des personnes malades sans distinction de statut, qu'il s'agisse d'une prise en charge Sécurité sociale, CMU ou AME. Ces lits soins ne sont pas conçus comme une alternative à l'hôpital mais au domicile, il faudra être vigilants sur ce point.

**NICOLE TSAGUE, MÉDIATRICE, APA (AFRICAN POSITIVE ASSOCIATION)** — On dit que le sida est Grande cause nationale 2005, mais il n'y a ici aucun représentant du ministère de l'Intérieur, aucun du ministère des Affaires étrangères ni de la Cohésion sociale. Je n'ai pas voulu demander le regroupement familial car mes conditions de vie sont mauvaises. On m'a refusé un visa de visite pour ma fille de 17 ans que je n'ai pas vue depuis cinq ans. Il y a six mois, j'ai déposé un dossier auprès de l'Office des migrations (Omi), je n'ai aucune réponse. Je suis médiatrice de santé publique, comment puis-je aider et soutenir les autres dans ces conditions de souffrance psychologique graves ?

**CORINNE DUCOS, ASSISTANTE SOCIALE, DESSINE-MOI UN MOUTON** — Pourrait-on obtenir un droit à l'allocation d'éducation spéciale (AES) pour les enfants non régulés et séropositifs qui sont sur le territoire français ?

**HORTENSE NGALEU, COORDINATRICE DES ACTIONS SOCIALES, SOL EN SI** — Qu'en est-il des étrangers résidant dans les TOM ou en Guyane, qui y perçoivent des prestations sociales et qui se retrouvent pourtant en situation irrégulière dès qu'il arrivent en métropole ? La loi s'applique-t-elle sur tout le territoire national ?

**CLAIRE DESCREUX** — Je transmettrai à mes collègues la question sur l'AES.

**ASTA TOURÉ, MÉDIATRICE EN SANTÉ PUBLIQUE, ASSOCIATION COMMUNAUTAIRE SANTÉ BIEN-ÊTRE** — Lorsqu'on aide des personnes à faire une demande d'AAH auprès de la Cotorep, on nous annonce un délai

de dix-huit mois quand le dossier n'est pas égaré. Que vont devenir ces personnes ?

**UNE PARTICIPANTE** — Il y a discrimination en matière de logement lorsqu'on est bénéficiaire de l'AAH, que l'on s'adresse aux organismes de logement social, à ceux qui gèrent le 1 % patronal, sans même parler du parc privé qui est inaccessible. Il faudrait pourtant que les malades et les handicapés aient un accès privilégié au logement, particulièrement en rez-de-chaussée.

**CLAIRE DESCREUX** — S'agit-il d'une exigence de solvabilité ou d'une question de discrimination ? Difficile de le savoir.

**CHRISTIAN SAOUT** — On peut saisir la Haute autorité de lutte contre les discriminations (Halde), ce qui permettra au moins de repérer ce type de discrimination. Quant à prendre des mesures en faveur d'un groupe défini de personnes, c'est toujours mal perçu en France. Est-ce d'ailleurs ce que nous voulons, alors que depuis des années nous réclamons l'égalité des droits entre tous. Sans doute faudrait-il trouver des politiques incitatives mais ce problème est très difficile à résoudre.

**BERTRAND BOURGEOIS, DIRECTEUR ADJOINT, DIAGONALE ÎLE-DE-FRANCE** — Il existe des dispositifs départementaux de droit commun pour le relogement qui s'adressent aux personnes ayant de faibles ressources (dont l'AAH) et leur permettent d'obtenir un logement locatif en nom propre. Je souhaitais connaître le prix de journée des lits halte soins santé et également comprendre quelle est la complémentarité ou la différence avec les appartements de coordination thérapeutique (ACT) qui sont eux aussi financés par la Sécurité sociale.

**CLAIRE DESCREUX** — En ce qui concerne le prix de journée des lits halte soins santé, il s'agit d'une centaine d'euros par jour et par personne, répartis pour moitié entre coût des soins et coût de l'hébergement. Les ACT ne concernent pas le même public, et ne sont pas limités dans le temps.

**BERTRAND BOURGEOIS, DIAGONALE** — Les ACT sont dorénavant ouverts à toutes les pathologies graves évolutives et non plus seulement, comme il y a quelques années, aux personnes atteintes du VIH.

**UN PARTICIPANT** — Une circulaire d'application ne prime pas sur un décret, qui a force de loi. Êtes-vous en mesure d'évaluer l'impact des circulaires sur la réalité de la situation, en particulier en ce qui concerne la Cotorep ?

**CLAIRE DESCREUX** — Je sais toute la distance qui peut exister entre une circulaire et l'application qui en est faite. Ce sont les limites de l'action administrative. On sait que les financements des Cotorep n'étaient pas suffisants, et que la dernière décennie a vu une très forte augmentation des demandes – et d'octroi – d'AAH (dont un grand nombre à plus de 80 %). Nous espérons que les ressources financières supplémentaires mises à la disposition de ces Commissions du droit et de l'autonomie, puisque ce sera le nouveau nom de la Cotorep à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, permettront d'améliorer les délais de traitement et la situation sur le terrain.

## CONCLUSION

### **AIMÉE BANTSIMBA-KEITA**

**ANIMATRICE, IKAMBERE**

L'impact de l'affectif est très important dans le traitement de la maladie, dans la façon de vivre avec sa maladie, dans la vie familiale et dans la vie sexuelle des couples. Si on ne bénéficie pas de l'AME, si on est sans-papiers, comment se faire dépister, comment se faire soigner ? Ces soins sont si onéreux qu'ils risquent de grever lourdement le budget de la Sécurité sociale dans les années à venir. Si le sida est vraiment un problème de santé publique, une grande cause nationale, il faut dégager les moyens nécessaires pour la recherche et pour les malades avant qu'il ne soit trop tard.

### **ANTONIN SOPENA**

**RESPONSABLE DE LA COMMISSION ÉTRANGERS, ACT UP-PARIS**

On constate une application disparate de la loi lorsqu'elle est appliquée, des refus de titres de séjour entraînant la perte d'allocations ou l'octroi d'APS qui ne permettent pas d'en bénéficier, ce qui relance la question de l'hébergement en urgence. Le droit de vivre en famille, la question du regroupement familial sont au centre des préoccupations. La circulaire sur les avis médicaux n'a pas valeur d'une loi, les attaques législatives sur l'AME ne seront pas résolues par circulaire. L'absence d'un représentant du ministère de l'Intérieur a engendré une colère partagée, il faudrait que le ministère de la Santé se fasse davantage entendre publiquement afin de ne pas laisser la parole qu'au ministère de l'Intérieur sur la question des personnes migrantes.

### **CLAIRE HÉDON**

**RFI**

Merci à tous les participants pour leurs témoignages. Merci également au ministère de la Santé d'avoir eu le courage de participer à notre rencontre.

Emmanuelle Bajac

Bénédicte Astier

Isabelle Baldisser

Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

CRIPS

#### **LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU) DE BASE**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la loi sur la CMU permet à toute personne résidant en France (France métropolitaine ou département d'outre-mer), de façon stable et régulière (depuis plus de 3 mois), et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la Sécurité sociale pour la prise en charge de ses dépenses de santé.  
source : [www.ameli.fr/211/DOC/705/fiche.html](http://www.ameli.fr/211/DOC/705/fiche.html)

#### **LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU) COMPLÉMENTAIRE**

La CMU complémentaire est accordée sous condition de ressources (les ressources mensuelles doivent être inférieures à un plafond qui varie selon la composition du foyer). Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais.  
source : [www.ameli.fr/211/DOC/706/fiche.html](http://www.ameli.fr/211/DOC/706/fiche.html)

#### **L'AIDE MÉDICALE D'ÉTAT (AME)**

Toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France, a droit à l'AME pour elle-même et les personnes à sa charge, à condition de résider en France depuis plus de trois mois et sous réserve de remplir les conditions de ressources.

L'AME peut être accordée à titre humanitaire aux personnes étrangères qui ne résident pas habituellement en France et dont l'état de santé le justifie.

Les personnes étrangères retenues dans les Centres de rétention administrative (CRA) peuvent, si leur état de santé le justifie, bénéficier de l'AME.

L'AME ouvre droit à la prise en charge à 100 % des soins médicaux et du forfait hospitalier, avec dispense d'avance de frais.

À défaut de pouvoir bénéficier de l'AME, les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent bénéficier d'une prise en charge des soins urgents dispensés dans un établissement de santé.

source : [www.ameli.fr/212/DOC/704/fiche.html](http://www.ameli.fr/212/DOC/704/fiche.html)

#### **LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS)**

La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 prévoit la création de Pass dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

Mises en places dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (Praps), les Pass sont des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont également pour fonction d'accompagner les personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux.

source : [www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/52pr.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/52pr.htm)

#### **POUR EN SAVOIR PLUS**

[www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) site internet de l'assurance maladie.

<http://leguieducomede.free.fr> consacre tout un chapitre à l'accès aux soins.

[www.gisti.org](http://www.gisti.org) informe sur l'actualité du droit des étrangers.