



# Les réseaux de Créteil

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil  
Réseau Sanitaire et Social de Pratiques Coopératives de Créteil  
Réseau de Santé de Proximité de Créteil Solidarité  
Réseau Ville Hôpital Créteil

## Éditorial

### ÉTRANGERS EXCLUS, MALADES INCLUS ?

**Le Dr Arnaud Veisse, directeur du Comité Médical pour les Exilés (COMEDE\*) donne son point de vue sur la situation des malades du sida étrangers qui ne peuvent plus être pris en charge sur le territoire français depuis la réforme de l'Aide Médicale d'Etat (AME).**

Au cours des derniers mois, au moins 10 Africains soignés pour une infection à VIH se sont vus officiellement « invités à quitter la France » par la préfecture de leur département de résidence. Soutenus pas les associations membres de l'ODSE, ces malades sont originaires du Congo « démocratique », de Côte-d'Ivoire, du Ghana, de Madagascar et du Sénégal. Suivant l'avis défavorable du médecin inspecteur de l'administration compétente, la préfecture leur a en effet refusé la délivrance de la carte de séjour pourtant prévue pour les étrangers « dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » (Art 12bis11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945, créé en 1998 par la loi Chevènement et maintenu en 2003 dans la loi Sarkozy).

Dans neuf cas, le refus se fondait sur la « possibilité » d'accès aux soins dans le pays d'origine. Dans la dernière situation, le médecin inspecteur a estimé que l'état de santé du patient ne « nécessitait plus » la poursuite de la prise en charge, notifiant ainsi le premier cas administrativement certifié d'innocuité du VIH depuis l'affaire du sang contaminé. L'enthousiasme du dernier médecin fait écho à l'optimisme déraisonnable de ses collègues quant à la possibilité effective d'accès aux soins dans le pays d'origine, collègues dont le jugement procède d'une écoute inattentive des « bonnes » nouvelles en provenance du fonds mondial de lutte contre le sida, et notamment des promesses attendues d'ESTHER. L'existence du GIP ESTHER a ainsi pu apparaître, aux yeux des associations de défense du droit et de promotion de la santé des étrangers en France, comme une justification des politiques de restriction du droit d'asile et du droit au séjour.

Car en matière d'accès aux soins, la réalité est toute autre, comme l'équipe d'ESTHER peut en témoigner. Sur les 28 millions de personnes vivant avec le VIH en Afrique sub-saharienne, seules 30 000 ont accès aux ARV. En outre, les mesures d'éloignement du territoire français prises à l'encontre d'un sans-papier ne constituent - heureusement - pas un critère d'accès prioritaire aux thérapeutiques disponibles dans le pays d'origine. Dans tous les cas, même si l'objectif 3 by 5 était atteint, la continuité des soins ne serait aucunement garantie en cas de retour au pays pour la plupart des patients étrangers soignés en France. En effet, il s'agit bien de patients dont la prise en

charge a été initiée en France, contrairement à ce que la rumeur politico-médiatique propose d'entendre. La crainte supposée de « l'invasion des étrangers malades », qui leur fait retrouver l'emploi bien connu de bouc émissaire, ne résiste pas non plus à l'examen des chiffres : les 8 987 bénéficiaires d'une carte de séjour pour raison médicale représentaient en 2002 moins de 0,3 % des étrangers en France.

Là encore, la réalité est autre. Ces étrangers « qui viennent en France se faire soigner » ignorent dans la plupart des cas leur statut vis-à-vis du VIH, ce qui explique les retards au diagnostic de SIDA attestés par l'Institut de Veille Sanitaire pour les malades de nationalité étrangère. Au COMEDE\*, parmi 270 patients séropositifs pris en charge, 95 % d'entre eux ont appris leur séropositivité à l'occasion d'un bilan de santé pratiqué en France, le traumatisme de la maladie venant encore raviver les souffrances des persécutions et de l'exil. Alors même que le nombre de réfugiés n'a jamais été aussi grand dans le monde depuis 25 ans (21 millions) et aussi petit en France (100 000), les exilés continuent sous nos yeux de « se transformer » en fraudeurs sur les chemins de l'Europe, suspectés a priori de rechercher un bénéfice économique (ils viennent de pays plus pauvres que les nôtres) et dorénavant médical (il y a davantage de malades dans leurs pays).

Parce que l'exil n'est que rarement motivé par des raisons médicales, il ne sert à rien de viser à dissuader l'arrivée en France de personnes potentiellement infectées par le VIH. Les politiques de prévention devraient bien au contraire favoriser l'accès au dépistage et aux soins en France. Pourtant, en supprimant il y a quelques semaines la procédure d'admission immédiate à l'Aide Médicale d'Etat, le législateur a restreint aux seuls soins hospitaliers d'urgence l'accès aux soins pour les sans-papiers. C'est ainsi que les étrangers devenus sans-papiers à la suite d'un refus de séjour, assorti ou non d'un rejet de demande d'asile, peuvent désormais se trouver dépourvus pendant plusieurs mois de toute protection maladie complémentaire, et donc exclus des soins.

Pour ces raisons, le droit au séjour est devenu l'ultime possibilité de continuité des soins pour les sans-papiers atteints d'affection grave. Le respect de ce droit restera primordial tant que 100 % des malades n'auront pas accès aux soins nécessaires dans leur pays d'origine. Il en va de la crédibilité d'une politique de solidarité avec les étrangers malades, ainsi que de l'efficacité de notre politique de santé publique.

ARNAUD VEISSE

DIRECTEUR DU COMITE MEDICAL POUR LES EXILES

\*Le COMEDE est membre de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers (ODSE)