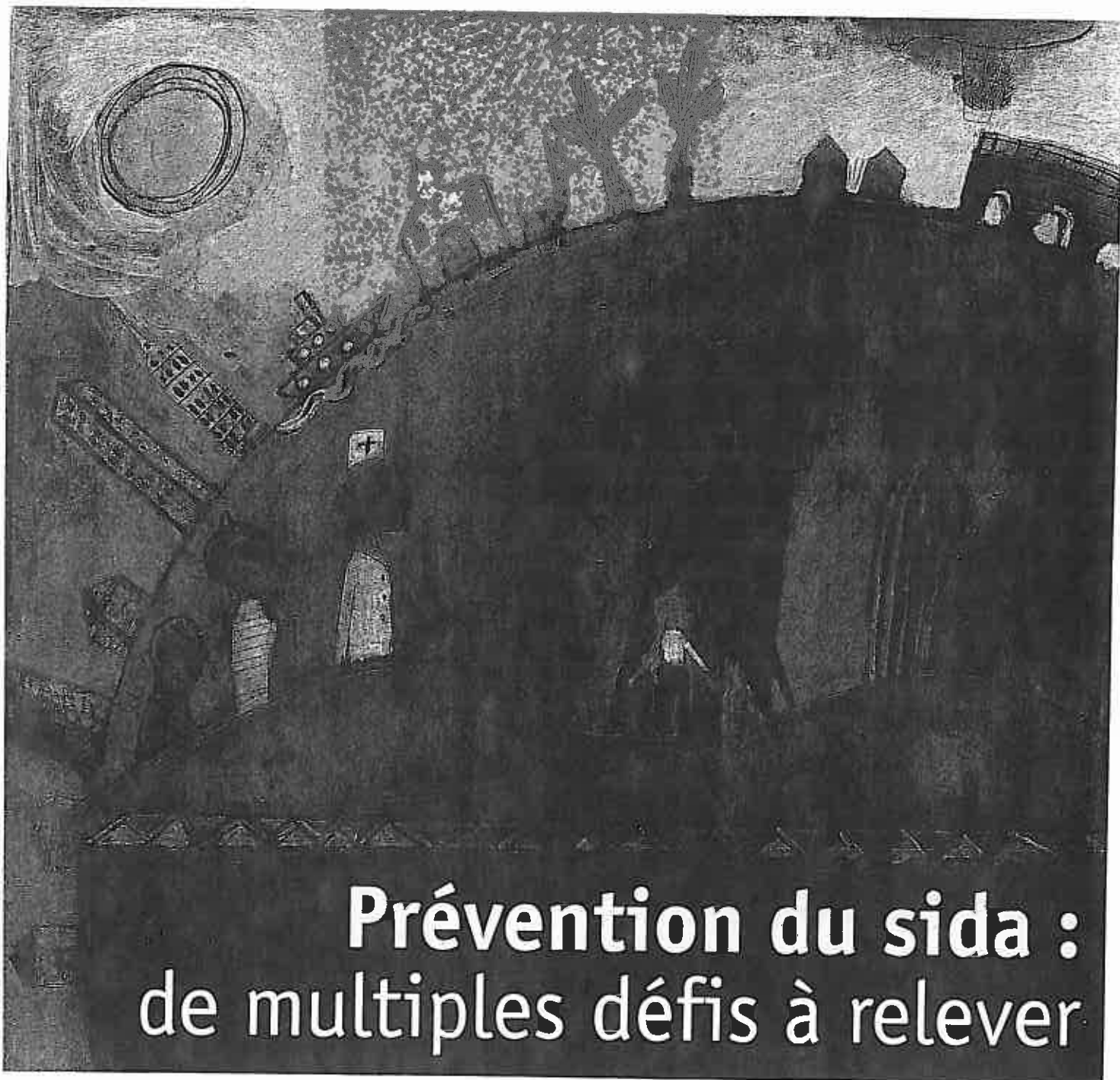


# LA Santé

de l'homme



## Prévention du sida : de multiples défis à relever

**Tabac** : l'impact  
des avertissements  
« santé »

**Diabète** :  
un cédérom  
pour les médecins

Jeunes et  
**substances**  
**psychoactives**

Institut National  
de Prévention  
et d'Éducation  
pour la Santé

**inpes**  
[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

# Le Comede, un centre de référence pour les exilés

**D'abord occupés à survivre dans une situation quotidienne d'exclusion, les migrants/étrangers en situation précaire ont des difficultés particulières d'accès à la prévention et aux soins concernant le VIH. Le Comité médical pour les exilés (Comede) leur apporte une assistance psychologique, médicale et juridique. Son directeur souligne ici le travail quotidien mené par l'association, dans un contexte de dégradation notable des conditions de vie et des possibilités de prise en charge de cette population.**

Parmi l'ensemble des migrants et étrangers résidant en France, les exilés, demandeurs d'asile et étrangers en séjour précaire cumulent les facteurs de vulnérabilité. L'accueil et la prise en charge au Comede de cinq mille patients de quatre-vingts nationalités par an, résidant principalement en Ile-de-France, permettent d'analyser les conséquences des particularités épidémiologiques, géopolitiques, et socio-administratives, sur l'état de santé et les trajectoires de soins de ces populations (1).

Toute migration peut entraîner de multiples déséquilibres mais, pour les exilés, le pouvoir de décision est encore plus réduit et le départ encore plus brutal lorsqu'il se situe entre la vie et la mort, entre la fuite et la torture. Séparations et deuils multiples, perte d'identité, culpabilité d'avoir sauvé sa vie : le traumatisme de l'exil est fréquent et souvent sévère. Pour la moitié des demandeurs d'asile (59 % des nouveaux patients du Comede en 2004), il est encore aggravé par les violences et tortures subies au pays dans les semaines ou les mois précédant l'exil.

Au cours des vingt dernières années, la crise du droit d'asile et les restrictions progressives du droit au séjour ont fait basculer les exilés dans la plus grande exclusion. Sans autorisation de travail et avec des ressources légales limitées dans le meilleur des cas à 296 euros par mois (« allocation d'insertion ») pour se nourrir et se loger, exclus dans leur grande majorité des dispositifs d'hébergement, actuellement sursaturés, les demandeurs d'asile doivent désormais survivre pendant plusieurs années dans

l'attente de la reconnaissance tardive du statut de réfugié, ou, à défaut, d'une « régularisation » fondée sur des critères humanitaires et notamment médicaux.

## Une culture de la survie

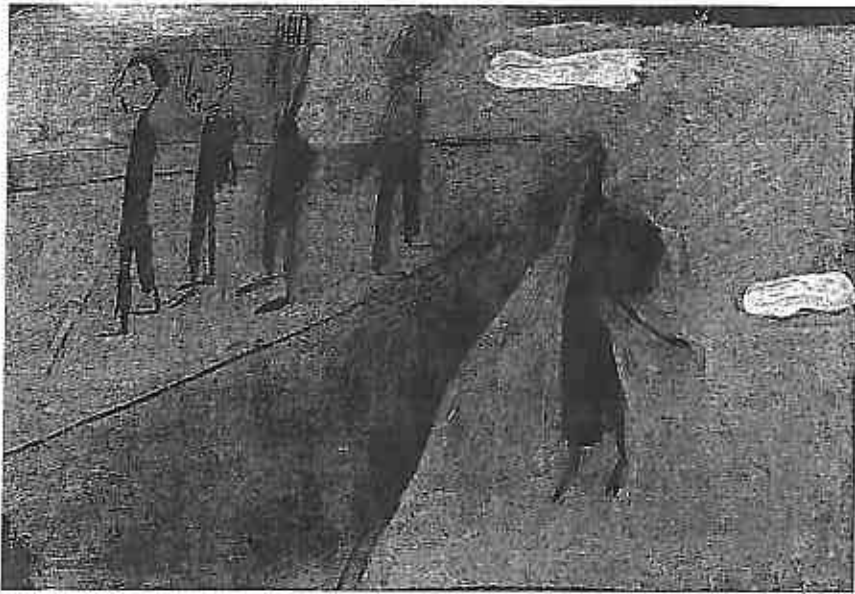
Les effets conjugués de l'exil et de l'exclusion conduisent ainsi à une culture de la survie qui modifie la perception des risques de santé et diminue la réceptivité aux messages de prévention, cela d'autant plus que l'information est délivrée dans une langue qui ne leur est pas familière (en 2004, seuls 47 % des nouveaux patients du Comede sont originaires de l'espace francophone). Dans ce contexte, les exilés accordent logiquement la priorité à la gestion des risques immédiats (se protéger contre l'éloignement du territoire français, trouver de quoi manger et où dormir) par rapport aux dangers situés dans un avenir auquel ils doutent d'avoir accès un jour. De plus, la crise du droit d'asile et la création du droit au séjour pour raison médicale en 1998 entretiennent chez des personnes particulièrement vulnérables un rapport paradoxal à la santé : l'obtention d'un certificat médical « de torture » pour l'asile (2) ou d'un rapport « de maladie grave » pour le séjour est en effet devenue une ressource très importante pour survivre.

## La consultation médicale, moment privilégié

La vulnérabilité et l'incertitude induites par cette dérive « humanitaire » du droit n'empêchent pourtant pas l'attention et la prévention relatives aux risques ultérieurs. En effet, dès lors que la prise en charge médicale proposée intègre le contexte socio-juridique et

que la survie est assurée au quotidien, les soignants du Comede constatent que les patients sont demandeurs de conseils de prévention et de dépistage, conseils mis en pratique de manière parfois plus importante que dans la population générale. Si le recours aux dispositifs publics de prévention et de dépistage est rare parmi ces personnes, les dispositifs médicaux sont sollicités en premier lieu pour une demande souvent associée de soins, de soutien, de bilan de santé et de conseil médico-juridique. La consultation médicale demeure ainsi un moment privilégié pour une mission de prévention auprès des exilés, et les questions liées au VIH d'autant plus facilement abordées qu'elles s'intègrent dans une prise en charge globale et souvent pluridisciplinaire.

Compte tenu de l'épidémiologie du VIH dans ces populations (*voir encadré*), les actions de prévention doivent inclure une incitation au dépistage, afin de faire bénéficier les malades des avancées thérapeutiques dont les migrants/étrangers n'ont que peu profité depuis 1995. La demande de sérologie VIH (test de dépistage), rarement explicite, est presque toujours acceptée lorsqu'elle est proposée dans le cadre du bilan de santé recommandé au Comede pour tous les nouveaux patients. En cas de difficulté linguistique, la présence d'un interprète professionnel est préférable au concours d'interprètes de fortune : ces derniers n'ont pas la technicité et surtout la neutralité nécessaires, alors que l'interprétariat par téléphone peut permettre de résoudre des difficultés ponctuelles. Mais l'interprétariat professionnel reste



inaccessible dans la majorité des structures de soins, cette prestation pourtant essentielle aux démarches de prévention et de soins n'étant pas prise en charge dans le cadre de la protection maladie.

### Nouvelles restrictions de l'accès aux soins

Si l'accès aux premiers soins est parfois possible sans payer, seule l'obtention d'une protection maladie de base et complémentaire permet la continuité des soins pour des personnes vivant avec moins de 576 € depuis la réforme CMU de 1999 – les sans-papiers, ainsi que, depuis la réforme de l'asile, en 2003, des demandeurs d'asile non admis au séjour durant la procédure –, l'accès à l'aide médicale d'État (AME) a été largement restreint par les lois de Finances rectificatives de 2002 et 2003

et la parution récente de décrets d'application qui entérinent notamment la suppression du principe déclaratif, et donc suppriment l'accès aux soins pour les sans-papiers les plus isolés. Au-delà des personnes visées par ces lois, de nombreux autres exilés en séjour régulier ont vu leurs conditions d'accès aux soins se dégrader en 2004, en raison de la résurgence de pratiques restrictives au sein de la Sécurité sociale, dans un climat de suspicion contre des étrangers soupçonnés de vouloir « profiter » du système de santé national.

Ce climat de suspicion à l'égard des malades étrangers a atteint son paroxysme dans les départements de Paris en 2004, puis du Rhône en 2005, avec l'apparition d'une épidémie de refus de délivrance de carte de séjour pour des Africains séropositifs au VIH<sup>1</sup>.

### Prévalence de l'infection à VIH chez les exilés accueillis au Comede

Au cours des sept dernières années, parmi 24 198 nouveaux patients de 111 nationalités accueillis au Comede, 364 personnes se sont révélées infectées par le VIH. Ces 364 exilés malades sont principalement originaires d'Afrique centrale (70 %, dont Congo RD 43 %, Congo 8 %, Cameroun 7 %, Angola 6 %, et Rwanda 4 %), d'Afrique de l'Ouest (26 %, dont Mauritanie 7 %, Côte d'Ivoire 5 %, Mali 4 %, et Guinée Conakry 2 %), ainsi que de Haïti (2 %). Les femmes cumulent 57 % des cas alors qu'elles ne représentent que 25 % des nouveaux patients.

Les taux de prévalence du VIH observés sur la même période (sept ans) chez ces 24 198 nouveaux patients sont significativement plus faibles que les taux estimés dans les pays d'origine correspondants<sup>1</sup>. L'infection à VIH est plus fréquente parmi les exilés d'Afrique centrale (taux de 48 pour 1 000 chez les femmes vs 18 pour les hommes), d'Afrique de l'Ouest (femmes 33 pour 1 000, hommes 13) et de Haïti (femmes 20, hommes 8).

1. Guide 2005 de prise en charge médico-psychosociale des migrants étrangers en situation précaire. En ligne : <http://www.leguideducomede.org>

Observés encore plus massivement pour d'autres affections (4), les nouveaux refus des médecins de l'administration se fondent sur une interprétation restrictive de la loi<sup>2</sup>, qui est pourtant destinée à protéger les malades des risques conjugués de conséquences d'une exceptionnelle gravité du défaut de prise en charge médicale (ce qui est le cas de toute personne séropositive au VIH) et d'exclusion des soins nécessaires au pays d'origine (ce qui est le cas de l'immense majorité des malades dans les pays en développement en 2005). Au-delà des exilés directement frappés par ces nouvelles lois (contre l'AME) et ces nouvelles pratiques (contre le séjour), on peut redouter que le « défaut » persistant des droits humains fondamentaux dans notre pays ne puisse avoir à son tour, sur notre société, « des conséquences d'une exceptionnelle gravité » (5).

Arnaud Veïsse

Directeur du Comede, Le Kremlin-Bicêtre.

1 Observatoire du droit à la santé des étrangers. Site [www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)

2 Art L313-11-11° du code de l'entrée, du séjour des étrangers et du droit d'asile, ex-art 12bis 11°. « Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit [...] à l'étranger résidant habituellement en France 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 ».

### ► Références bibliographiques

- (1) Rapport d'activité et d'observation 2004 du Comede. En ligne : <http://www.comede.org> (Activités puis cliquer sur rapport).
- (2) Veïsse A. Les lésions dangereuses. Plein droit 2003 ; n° 56.
- (3) Delbecchi G., Fleury F., Fontaine A., Jollet C., Veïsse A. Accès au système de santé : difficultés rencontrées par les exilés en Ile-de-France. Charité et continuité des soins : des logiques divergentes ? La presse médicale n° 20, vol. 28 ; 1999 : 1075-8.
- (4) Le Comede. Diminution globale et disparités locales des accords médicaux face aux demandes de carte de séjour pour raison médicale. Maux d'exil 2005 ; n° 12.
- (5) Fassin D. Le corps de l'étranger. Maux d'exil 2005 ; n° 12.