



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**

*Promotion - 2003*

---

**PREVENTION, DEPISTAGE ET PRISE EN CHARGE  
DU VIH/SIDA CHEZ LES FEMMES MIGRANTES DU  
DEPARTEMENT DE SEINE St DENIS**

A propos des femmes venant d'Afrique subsaharienne

---

**Jean-François SCHEMANN**

## Remerciements

A travers ce mémoire, j'adresse mes plus vifs remerciements à toute l'équipe de la DDASS de Seine St Denis qui travaille dans le département « Sida et addictions ».

Je tiens aussi à remercier les infirmières qui reçoivent avec grand dévouement les étrangers qui demandent à rester sur le territoire pour raison médicale.

Un grand merci à tout le personnel de la filière « MISP » de l'ENSP qui m'a aidé pour ce mémoire.

Je voudrais aussi remercier toutes les personnes rencontrées dans le cadre de ce travail qui m'ont fait partager leurs connaissances et leurs expériences irremplaçables dans le domaine du sida.

---

# Sommaire

---

<b>1 - INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>2 - MATERIEL ET METHODES</b> .....	<b>3</b>
2.1 SOURCES D'INFORMATIONS ET DE DONNEES .....	3
2.2 ENTRETIENS .....	4
<b>3 - HISTORIQUE ET DEFINITIONS PREALABLES DES CATEGORIES</b> .....	<b>4</b>
<b>4 - LES CONSTATS EPIDEMIOLOGIQUES</b> .....	<b>6</b>
4.1 LE CONTEXTE MONDIAL .....	6
4.2 LE CONTEXTE NATIONAL, REGIONAL ET DEPARTEMENTAL .....	7
4.2.1 Données nationales et régionales .....	7
4.2.2 Données du département .....	8
4.2.3 Plusieurs enquêtes spécifiques .....	12
4.2.4 Evolution de la maladie et espérance de vie .....	13
<b>5 - PARTICULARITES DU SIDA CHEZ LES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE</b> .....	<b>14</b>
<b>5.1 DANS LEUR PAYS D'ORIGINE</b> .....	<b>14</b>
5.1.1 Une infection touchant plus fréquemment les femmes .....	14
5.1.2 Une représentation de la maladie différente chez les femmes .....	15
<b>5.2 EN FRANCE</b> .....	<b>15</b>
5.2.1 Le risque d'exclusion et de stigmatisation .....	15
5.2.2 Une dynamique expliquée par la précarité et la vulnérabilité .....	16
5.2.3 Plus que par des comportements particuliers .....	17
<b>5.3 ITINERAIRES, VIE QUOTIDIENNE</b> .....	<b>17</b>
5.3.1 Contamination avant connue .....	18
5.3.2 Contamination avant inconnue .....	19
5.3.3 Des problèmes communs à toutes .....	20
<b>6 - DISPOSITIFS REGLEMENTAIRES ET ACCES AUX DROITS</b> .....	<b>23</b>
<b>6.1 LES DISPOSITIFS REGLEMENTAIRES</b> .....	<b>23</b>
6.1.1 Le droit européen .....	23
6.1.2 La couverture sociale en France .....	23
6.1.3 Le maintien sur le territoire pour raison médicale .....	24
6.1.4 Le logement .....	27
6.1.5 Le travail .....	28
6.1.6 L'aide à la vie quotidienne .....	28

6.1.7	L'Allocation aux adultes handicapés .....	29
<b>6.2</b>	<b>L'ACCES AUX DROITS.....</b>	<b>29</b>
<b>7 -</b>	<b>LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE .....</b>	<b>30</b>
<b>7.1</b>	<b>LA PREVENTION PRIMAIRE.....</b>	<b>30</b>
7.1.1	Un contexte de relâchement des comportements de prévention.....	30
7.1.2	Prévention en situation de précarité .....	31
7.1.3	Cadre de la prévention.....	31
7.1.4	Les préservatifs masculins et féminins .....	31
7.1.5	D'une prévention universaliste à une prévention ciblée.....	32
7.1.6	Les lieux de la prévention .....	33
<b>7.2</b>	<b>LE DEPISTAGE.....</b>	<b>34</b>
7.2.1	Un élément essentiel de la lutte contre le sida.....	34
7.2.2	Une augmentation des diagnostics positifs.....	34
7.2.3	Mais un dépistage plus tardif dans ces populations.....	35
<b>7.3</b>	<b>LA PREVENTION SECONDAIRE .....</b>	<b>36</b>
7.3.1	De l'annonce de la séropositivité à la prise en charge.....	36
7.3.2	Les lieux de la prévention secondaire .....	36
7.3.3	Les thèmes de la prévention secondaire.....	37
<b>7.4</b>	<b>LES MESSAGES ET LES MESSAGERS D'INFORMATION.....</b>	<b>37</b>
7.4.1	Les messages.....	37
7.4.2	Des documents bilingues et un interprétariat .....	38
7.4.3	Radios locales et cassettes .....	38
7.4.4	Les personnes relais, la médiation .....	39
<b>8 -</b>	<b>LA PRISE EN CHARGE ET LES SOINS.....</b>	<b>40</b>
<b>8.1</b>	<b>ACCES AUX SOINS .....</b>	<b>40</b>
<b>8.2</b>	<b>L'OBSERVANCE .....</b>	<b>40</b>
<b>8.3</b>	<b>DES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES FREQUENTES.....</b>	<b>41</b>
<b>8.4</b>	<b>LA GROSSESSE .....</b>	<b>41</b>
8.4.1	Un dépistage plus précoce à l'occasion de la grossesse.....	41
8.4.2	Une transmission mère-enfant contrôlée .....	42
8.4.3	De nombreuses perdues de vue après l'accouchement.....	42
8.4.4	L'interruption volontaire de grossesse possible .....	42
<b>8.5</b>	<b>MEDECINES PARALLELES ET SECTES THERAPEUTIQUES.....</b>	<b>43</b>
<b>8.6</b>	<b>RETOURS TEMPORAIRES AU PAYS.....</b>	<b>43</b>
<b>9 -</b>	<b>ICI ET LA BAS .....</b>	<b>43</b>
<b>9.1</b>	<b>LA DISPONIBILITE DES ARV DANS LES PAYS DU SUD.....</b>	<b>43</b>
9.1.1	Une disponibilité qui augmente.....	43

9.1.2	Une accessibilité limitée.....	44
9.1.3	Un exemple pilote, le Sénégal.....	45
<b>9.2</b>	<b>UNE DISPONIBILITE NE GARANTISSANT PAS L' ACCESSIBILITE.....</b>	<b>46</b>
9.2.1	Disponibilité et accessibilité préviendront une émigration thérapeutique... ..	46
9.2.2	...mais ne peuvent aujourd'hui limiter l'accès au traitement en France.....	47
9.2.3	...hormis dans le cas où il existe disponibilité et accessibilité pour tous.....	47
<b>10</b>	<b>-DECLINAISON DU PLAN TRIENNAL NATIONAL .....</b>	<b>48</b>
<b>10.1</b>	<b>LE PLAN TRIENNAL NATIONAL 2001-2004 .....</b>	<b>48</b>
10.1.1	Les objectifs .....	48
10.1.2	Les propositions .....	48
10.1.3	Les moyens.....	49
10.1.4	Particularités pour les femmes migrantes .....	49
<b>10.2</b>	<b>DECLINAISON DU PLAN NATIONAL DANS LE 93 .....</b>	<b>49</b>
10.2.1	La DDASS maître d'œuvre de l'enveloppe 47-11-70.....	49
10.2.2	Prévention primaire.....	51
10.2.3	Prévention secondaire, prise en charge des femmes séropositives,.....	51
10.2.4	Accès aux droits.....	53
10.2.5	Acteurs et méthodes.....	53
10.2.6	Former le personnel de soins ainsi que les associations à la prévention.....	55
10.2.7	Une dynamique d'aide et de solidarité vers le Sud.....	55
10.2.8	Une problématique commune avec Paris .....	56
10.2.9	Mettre en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation.....	56
<b>11</b>	<b>-CONCLUSION .....</b>	<b>57</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH	Allocation adulte handicapé
ACT	Appartement de coordination thérapeutique
AME	Aide médicale d'état
ANRS	Agence nationale de recherche sur le sida
APS	Autorisation provisoire de séjour
ARV	Anti retro viraux
AVQ	Aide à la vie quotidienne
ASV	Ateliers santé ville
CAF	Caisse d'allocation familiale
CDAG	Centre de dépistage anonyme et gratuit
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CISIH	Centre d'information sur le sida et l'immunodéficience humaine
CMU	Couverture médicale universelle
CNIL	Comité national informatique et libertés
COMEDE	Comité médical pour les exilés
COTOREP	Commission technique d'orientation et de réinsertion professionnelle
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRIPS	Centre régional d'information et de prévention du sida
CSST	Centre de soins spécialisés en toxicologie
DDASS	Direction départementale d'action sanitaire et sociale
DFO	Départements français d'Outre-mer
DGS	Direction générale de la santé
DO	Déclaration obligatoire
DPM	Direction population et migrations
DRASSIF	Direction régionale d'action sanitaire et sociale d'Ile-de -France
ESTHER	Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau
FSP	Fond de solidarité prioritaire
GRDR	Groupe de recherche et de réalisation pour le développement rural du tiers monde
HCI	Haut comité à l'intégration

IMEA	Institut de médecine et d'épidémiologie africaine et tropicale
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études
INVS	Institut national de veille sanitaire
IPPOTHESES	Initiative pratique pour l'observance thérapeutique dans le sida
IRD	Institut pour la recherche et le développement
ISAARV	Initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux
KABP	Knowledge, attitude, beliefs and practices
MAE	Ministère des affaires étrangères
MISP	Médecin inspecteur de la santé publique
ODSE	Observatoire sur le droit à la santé des étrangers
OFPRA	Office français pour la protection des réfugiés et apolitiques
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMI	Office de migration internationale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU/SIDA	Organisation des nations unies/syndrome d'immunodéficience acquise
ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanence d'accès aux services de soins
PPTE	Pays pauvres et très endettés
SIS	Sida Info Service
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHC	Virus de l'hépatite C

## 1 - INTRODUCTION

Le sida représente dans la plupart des départements français un problème partiellement contrôlé du fait de la mise à disposition de médicaments antirétroviraux efficaces et de l'application de mesures de prévention effectives. Les taux d'incidence ont très fortement diminué et la mortalité a considérablement chuté depuis l'introduction des trithérapies en 1996.

Cette diminution n'est cependant pas constatée chez les personnes d'origine étrangères et en particulier chez celles venant de l'Afrique au sud du Sahara. Chez les femmes originaires de ces régions l'incidence augmente au contraire depuis quelques années, cette augmentation étant particulièrement importante dans la région d'Ile de France.

En Seine St Denis plus de 90% des femmes immigrées souffrant du sida viennent des pays africains au sud du Sahara, aussi avons nous fait le choix de focaliser notre étude sur cette population.

La connaissance épidémiologique du phénomène a été longtemps parcellaire du fait du mode de recueil des informations et un certain nombre de faits ne sont mis en évidence que depuis peu. Après avoir montré que les femmes migrantes de Seine St Denis sont plus souvent positives au VIH que les Françaises d'origine nous tenterons d'en expliciter les raisons. La première hypothèse à explorer est que certaines femmes viennent déjà contaminées de pays à forte endémie, le sachant ou non. La seconde est que d'autres femmes se contaminent sur place parce qu'elles n'ont pas accès à la prévention et qu'elles ont des comportements à risque.

Les itinéraires des femmes d'origine étrangères vivant avec le VIH sont très divers, mais on peut retrouver chez la plupart un certain nombre de facteurs déterminants qui expliquent leur vulnérabilité. L'analyse de ces facteurs nous permettra de proposer des mesures pour prévenir l'infection chez celles qui ne sont pas atteintes, détecter et prendre en charge tôt celles qui sont déjà contaminées.

Pour bien comprendre la dynamique de l'épidémie, le sida des personnes immigrées doit être replacé dans le contexte mondial. Il faut aussi s'interroger sur les conséquences d'une future disponibilité des antirétroviraux dans les pays d'origine et sur leur accessibilité réelle par les populations.

Dans le département de Seine-Saint-Denis, les politiques de prévention et de réduction des risques ont porté leurs fruits et les infections à VIH ont diminué fortement chez les toxicomanes et chez les homosexuels alors qu'elles augmentaient dans la population immigrée. Il est nécessaire de réorienter les politiques de santé à la lumière de ces constatations et de mettre en place dans le département une politique de prévention envers



les populations les plus à risque. Après avoir établi un état des lieux et dressé un tableau des dispositifs existants nous proposerons un programme d'action pour le département.

## 2 - MATERIEL ET METHODES

### 2.1 SOURCES D'INFORMATIONS ET DE DONNEES

Les constats épidémiologiques proviennent de plusieurs sources.

Les chiffres concernant la prévalence dans les différents pays du monde et en particulier ceux d'Afrique subsaharienne ont été fournis par ONU/SIDA et par l'OMS.

L'InVS rassemble et agrège les déclarations obligatoires (DO) des cas de sida recueillis dans toutes les DDASS de France métropolitaine et d'Outre Mer. Ces données sont fiables et validées mais donnent une image de plus en plus partielle de l'épidémie depuis l'introduction des trithérapies qui retarde le stade de sida. Les cas de séropositivité au VIH sont beaucoup plus nombreux que les cas de sida déclarés. Les nouvelles modalités de DO qui demandent aux laboratoires de déclarer toutes les séroconversions et qui permettront aussi de connaître l'ancienneté de l'infection et d'estimer l'incidence devraient donner une image beaucoup plus exacte de l'épidémie et de sa dynamique.

Des informations plus spécifiques ont été fournies par l'InVS qui a réalisé en 2002 une enquête auprès de 250 patients d'origine étrangère suivis dans 18 hôpitaux de la région parisienne. Elle concerne des patients atteints de sida mais aussi des séropositifs suivis dans les services.

Le Centre d'Information sur le sida et l'Immunodéficience Humaine (CISIH) donne pour le département des renseignements sur les cas de sida et de VIH suivis dans les établissements de soins.

En Seine St Denis, comme dans tous les départements, un certain nombre de personnes étrangères porteuses du VIH demandent à être maintenues sur le territoire français pour raison médicale. Les dossiers sont conservés et nous avons pu colliger ceux concernant les 160 personnes ayant demandé à être maintenues sur le territoire en 2001 pour cette raison.

Par ailleurs, un certain nombre d'informations ont été fournies par diverses enquêtes.

- L'Observatoire Régional de la Santé (ORS) d'Ile-de-France collige à l'occasion de chaque Journée mondiale de lutte contre le sida les données de plusieurs sources et analyse l'évolution de l'épidémie au cours de l'année écoulée. Il réalise aussi régulièrement des enquêtes KABP (knowledge, attitudes, beliefs and practices) pour suivre l'évolution des connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en Ile-de-France.

- Le groupe français IPPOTHES avait réalisé en 1999 une enquête sur l'observance des femmes dans les populations vulnérables. Afin de pouvoir étudier l'impact de la vulnérabilité sur l'observance, une seconde enquête a été réalisée en 2002 sur un

échantillon représentatif de toutes les femmes traitées pour une infection à VIH, en situation ou non de précarité.

- L'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) a réalisé une étude sur la perception et l'acceptabilité de messages télévisuels de prévention à destination des migrants. Nous en présenterons les résultats préliminaires.

- L'association Ikambéré a réalisé une enquête sur les itinéraires des femmes ayant recours à l'association. Plusieurs informations quantitatives et qualitatives seront présentées.

## **2.2 ENTRETIENS**

Des entretiens semi-directifs utilisant une grille d'entretien ont été conduits auprès de professionnels travaillant au sein des institutions : la Direction Générale de la Santé (DGS), la Direction de la Population et des Migrations (DPM), la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France (DRASSIF), le Ministère des Affaires Étrangères (MAE), l'Institut Recherche et Développement (IRD) de Dakar, les centres hospitaliers du département (Hôpital Avicenne, Hôpital de St Denis), la Direction Départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) du 92, le Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS). Nous avons aussi interrogé des représentants d'associations : Ikemberé, Afrique Avenir, le Comité médical pour les exilés (COMEDE).

Nous nous sommes également entretenus avec un groupe de femmes à l'association Ikamberé.

## **3 - HISTORIQUE ET DEFINITIONS PREALABLES DES CATEGORIES**

Selon Augustin Gilloire, depuis le début de l'épidémie, le silence a été organisé sur la prévalence spécifique du sida en population étrangère dans la crainte d'une stigmatisation d'un groupe « à risque »<sup>1</sup>. La production de données sur la prévalence de la maladie VIH dans cette population, pouvait pour certains constituer un risque d'aggraver la situation de personnes déjà doublement stigmatisées et renforcer le discours d'exclusion, voire de conduire à une législation restrictive. Un autre risque aurait pu être l'utilisation perverse des résultats pour entretenir un discours d'exclusion. On pouvait en effet observer une confluence du courant anti-immigration avec celui de la peur du sida. Cela ne s'est pas

---

<sup>1</sup> Gilloire A. Les catégories d' « origine » et de « nationalité » dans les statistiques du sida. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 :73-82.

produit. Néanmoins, pour les responsables de la santé publique, ordonner les malades pour surveiller et soigner requiert d'énoncer des catégories. A partir de 1993, les DO du sida font état de groupes de transmission : dans la catégorie hétérosexuelle figurent plusieurs options, dont celles de l'origine caraïbienne ou africaine des patients. On demande aussi de renseigner une rubrique sur l'origine du partenaire..

Les catégories épidémiologiques pour désigner les personnes venues d'ailleurs reposent sur la nationalité ou sur le lieu de naissance<sup>2</sup>. La catégorisation selon la nationalité a prévalu de façon exclusive depuis la fondation de la troisième république, les recensements distinguant les Français de naissance, les Français par acquisition et les étrangers. Elle était présentée comme la classification la plus respectueuse des droits des populations immigrées. Elle ne permet cependant pas d'analyser de façon satisfaisante les faits sociaux liés à l'immigration. L'acquisition de la nationalité française n'apparaît pas suffisant pour juger de l'intégration et des phénomènes d'inégalité dans les sociétés polyculturelles. C'est dans cette perspective que le recours à la catégorie « immigré », définie comme l'ensemble des personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France, s'est progressivement imposée sous l'égide du Haut Conseil à l'intégration<sup>3</sup> et a été adopté par l'INSEE en 1990<sup>4</sup>.

Si cette classification est bien stabilisée, de nombreuses enquêtes et la plupart des fichiers administratifs conservent la nationalité comme critère de classification.

La classification raciale ou ethnique utilisée outre atlantique n'est par contre pas acceptée. Elle est défendue par des auteurs qui la jugent indispensable à la mise en évidence des inégalités dans certaines catégories de population mais est en contradiction avec le modèle français égalitaire et universaliste.

La Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sur la base de l'article 31 de la loi « Informatique et liberté » de 1978 considère que les variables renseignant la nationalité et le lieu de naissance des individus peuvent figurer dans tous les fichiers, à partir du moment où leur usage respecte les exigences de finalité et de proportionnalité.

---

<sup>2</sup> Simon P. La catégorisation statistique des immigrés : analyse des inégalités et lutte contre les discriminations. Sida, immigration et inégalités. *ANRS, collection Sciences sociales et sida* 2002.

<sup>3</sup> HCl. Pour un modèle français d'intégration. Premier rapport annuel du Haut Conseil à l'intégration. Paris : *La Documentation française* 1991.

<sup>4</sup> INSEE. Les immigrés en France. Paris : *Série Contours et Caractères* 1997.

Ces difficultés à catégoriser les populations immigrées sont responsables du manque de données épidémiologiques concernant ces populations qui était frappant jusqu'à ces dernières années<sup>5</sup>.

La conception égalitariste du modèle républicain ne saurait justifier d'une attitude exclusive prohibant toute action spécifique envers certaines population. Il y a aussi un devoir d'équité et la loi contre les exclusions a marqué une évolution décisive de la doctrine de l'action publique. Dans le domaine de la santé publique, elle a avalisé la nécessité d'actions spécifiques pour certains public pour pouvoir leur faire rejoindre les circuits de droit commun<sup>6</sup>.

Pour les décideurs, il apparaît nécessaire de constituer des informations quantifiées pour mesurer la situation des différents groupes de populations immigrées vivant en France, bien qu'il soit aussi pertinent de travailler sur les logiques et les processus produisant des inégalités<sup>7</sup>.

## **4 - LES CONSTATS EPIDEMIOLOGIQUES**

### **4.1 LE CONTEXTE MONDIAL**

Au niveau mondial, le nombre des nouvelles infections est demeuré stable, mais il cache les tendances dynamiques de l'épidémie. Dans certains pays pourtant déjà gravement touchés, les prévalences continuent d'augmenter.

C'est ainsi que l'Afrique subsaharienne, de loin la région la plus atteinte abrite 29,4 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Environ 3,5 millions de nouvelles infections s'y sont produites en 2002 et l'épidémie a tué 2,4 millions d'Africains au cours de l'année écoulée.

En Afrique occidentale et centrale les tendances sont à la hausse. On estime que la prévalence du VIH est supérieure à 5% dans huit pays dont le Cameroun (11,8%), la Côte d'Ivoire (10,76%), le Nigeria (5,8%) et la République centrafricaine (13,84%).

---

<sup>5</sup> Bourdillon F, Lombrail P, Antoni M, et al. La santé des populations d'origine étrangères en France. *Social Science and Medicine* 1991 ; 32 : 1219-1227.

<sup>6</sup> Lombrail P. A propos des liens entre santé et migration. *Sciences Sociales et Santé* 1999 ; 17 :37-44.

<sup>7</sup> Buekens P. Faut-il étudier la santé des communautés immigrées ? *Rev Epidemiol Santé Publ* 2001 ; 49 ;409-11

La question qui se pose est de savoir si ces pays déjà fortement atteints connaîtront dans un futur proche des prévalences analogues à celles que l'on constate actuellement en Afrique australe où plus de 30% des adultes sont porteurs (38,8% au Botswana). Pourtant certains signes sont porteurs d'espoir, c'est ainsi que le taux de prévalence du VIH parmi les femmes enceintes de moins de 20 ans d'Afrique du sud est tombé à 15,4% en 2001 alors qu'il était de 21% trois ans avant. Il en est de même en Ethiopie et en Ouganda.

## **4.2 LE CONTEXTE NATIONAL, REGIONAL ET DEPARTEMENTAL**

### **4.2.1 Données nationales et régionales**

#### **4.2.1.1 Des données provenant des déclarations obligatoires**

En France, jusqu'à maintenant, les déclarations obligatoires (DO) des cas de sida représentent la source principale de données. Depuis l'introduction des trithérapies en 1996, la progression de l'infection VIH au stade sida est retardée, les patients conservant un statut immunologique satisfaisant durant de nombreuses années. Les seules DO ne permettent plus d'avoir une image de la dynamique de l'infection.

Le système de DO des séropositivités par les laboratoires d'analyse qui devait être mis en place depuis 1998, le sera au premier semestre de cette année et les premières données devraient être disponibles au 30 juin 2003.

#### **4.2.1.2 Augmentation de la proportion des cas ayant une nationalité étrangère**

En France, on observe une augmentation de la proportion des cas de sida ayant une nationalité étrangère<sup>8</sup>.

Cette augmentation est plus marquée pour l'Île-de-France et encore plus pour le département de Seine-Saint-Denis lorsque l'on stratifie les données sur trois périodes : avant 1990, entre 1990 et 1996 et enfin entre 1997 et 2002. Durant cette dernière période, en Seine St Denis, plus de la moitié des cas de sida diagnostiqués sont de nationalité étrangère (Tableau 1).

---

<sup>8</sup> Pillonel J et al. Dernières données disponibles sur la surveillance du Sida. SIDA, VIH et IST : état des lieux des données en 2002. InVS, 20 novembre 2002.

	France (hors IDF)	Ile-de-France	Seine-St-Denis
Avant 1990	13,2	16,6	18,6
1990-1996	10,5	20,9	29,9
1997-2002	17,3	38,5	54,2
Total	12,2	22,2	32,9

Tableau 1. Pourcentage de personnes de nationalité étrangère parmi les cas de sida diagnostiqués  
Source InVS, données au 30 juin 2002, exploitation ORS Ile-de-France

#### 4.2.1.3 Une baisse des nouveaux cas chez les Français, une augmentation chez les étrangers

La baisse globale observée depuis 1995 n'est pas constatée chez les personnes étrangères. On observe au contraire une augmentation des nouveaux cas déclarés depuis 1999. Cette augmentation est particulièrement élevée pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne et les Caraïbes. Parmi les patients africains, le nombre de nouveaux cas chez les femmes est en forte hausse (+121%) alors qu'il est stable chez les hommes (+4%).

### 4.2.2 Données du département

Trois sources d'information sont disponibles, de natures très différentes et concernant des stades différents de l'infection. Les déclarations obligatoires qui prennent en compte tous les cas de sida maladie, les statistiques du CISIH colligeant les patients vivant avec le VIH suivis dans les établissements de soins et enfin les dossiers de demande de maintien sur le territoire pour raisons de santé qui concerne les étrangers chez qui une sérologie positive ou un sida maladie ont été découverts.

La population étrangère compte pour 20% de la population totale dans le département, variant de 4 à 33% selon les communes.

#### 4.2.2.1 Les Déclarations obligatoires

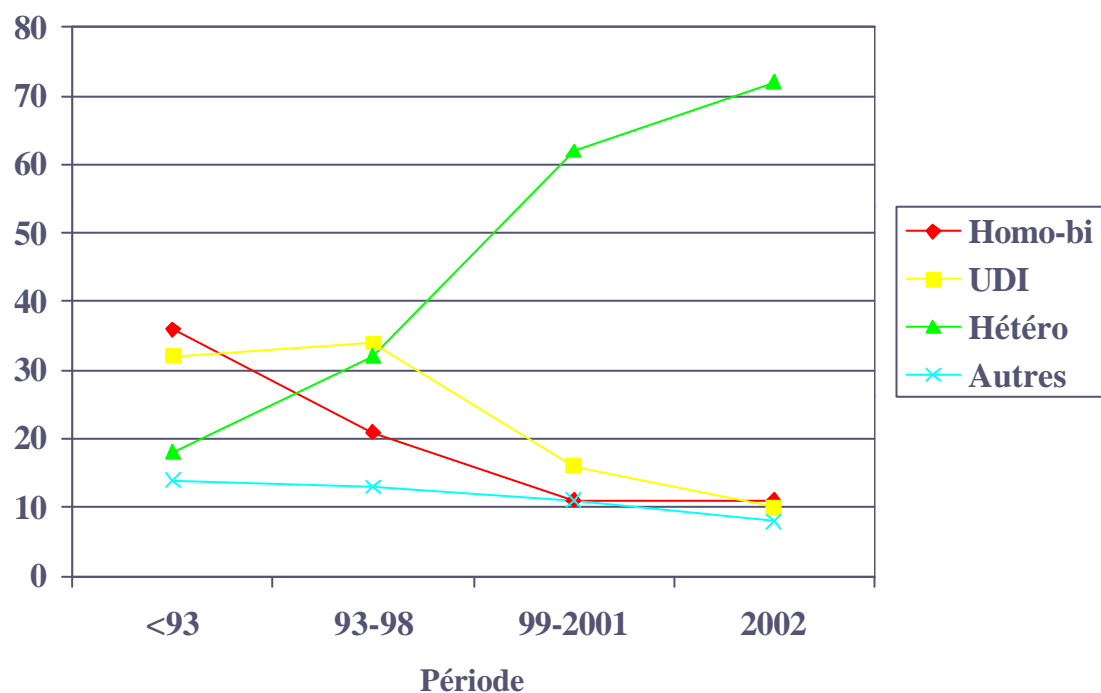
Depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2002, le nombre de cas déclarés en Seine St Denis est de 3239, ce qui représente 5,7% des cas déclarés en France et 12,5% des cas déclarés en Ile-de-France.

Sur les 148 nouveaux cas déclarés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, 53 personnes sont de nationalité française et 95 de nationalité étrangère dont 75 d'Afrique subsaharienne. Parmi ces 75 personnes, 18 proviennent de Côte d'Ivoire, 14 du Mali et 12 du Congo.

Sur le total des cas cumulés, il y a trois groupes principaux de transmission : la contamination hétérosexuelle pour 31%, l'usage de drogue intraveineuse pour 30% et la contamination homosexuelle pour 26%. Les hommes comptent pour 75% et les femmes pour 25%.

On observe un changement important des modes de contamination. C'est ainsi que la part de la contamination homosexuelle est passé de 36% avant 1993 à 11% en 2002, celle de l'injection par voie intraveineuse diminue des deux tiers passant de 32% à 10%, et celle de la contamination hétérosexuelle quadruple passant de 18% à 72%. (Figure 1)

**Figure 1. Evolution du mode de contamination du sida en Seine St Denis**



Parmi les nouveaux cas, la part des femmes augmente, atteignant près de 50% en l'an 2002.



Pays	Prévalence du VIH <sup>9</sup> (année de l'estimation)	Nouveaux cas de sida en Seine St Denis en 2002	Cas cumulés au 31 décembre 2002	Migrants en France <sup>10</sup>
Burkina Faso	6,44 (1999)	1	6	2800
Cameroun	11,8 (1999)	9	33	27 000
Cap Vert	0,04 (2001)	0	7	12 000
Centre Afrique	13,84 (1999)	6	15	6200
Congo	6,43 (1999)	12	76	35 000
Congo démocratique	5,07 (1999)	4	120	24 000
Côte d'Ivoire	10,76 (1999)	18	69	30 000
Mali	1,7 (2001)	14	112	36000
Sénégal	1,4 (2001)	3	32	53 900
Togo	5,98 (1999)	2	4	10600

Tableau 2. Prévalence du VIH dans les pays, cas déclarés dans le département de Seine St Denis et effectifs des migrants en France par pays d'origine.

#### 4.2.2.2 Les données du CISIH 93

Le Centre d'information sur le sida et l'immunodéficience humaine (CISIH) dénombrait une file active de 2809 personnes VIH+ ou ayant un sida et 450 nouveaux cas de VIH/sida en 2001.

L'origine de ces nouveaux patients est essentiellement étrangère puisque seulement 11% sont originaires de France, 59% des pays d'Afrique subsaharienne et 30% d'autres pays. Ceux venant d'Afrique sont principalement originaires de la Côte d'Ivoire (18,9%), du Congo (14,9%), du Mali (14,9%), du Cameroun (14,3%) et du Congo Démocratique (13,7%).

La contamination est principalement hétérosexuelle (82%), les injecteurs de drogues comptant pour 12% et les homosexuels pour 3%.

<sup>9</sup> Source CIA

<sup>10</sup> Source INSEE : Après avoir déjà triplé entre 1982 et 1990, la population venue d'Afrique subsaharienne a encore progressé de 43 % ces dix dernières années. Elle atteindrait aujourd'hui 400 000 hommes et femmes. Les immigrations sénégalaises (53 900 immigrés) et maliennes (36 000 personnes), les plus anciennes, augmentent aujourd'hui moins que d'autres. Les Ivoiriens connaissent la plus forte progression, passant d'un peu plus de 19 000 à 30 000, soit une hausse de 58 % en neuf ans. L'augmentation de la communauté camerounaise apparaît également spectaculaire, grim pant de 18 000 à 27 000 personnes pendant la période considérée.

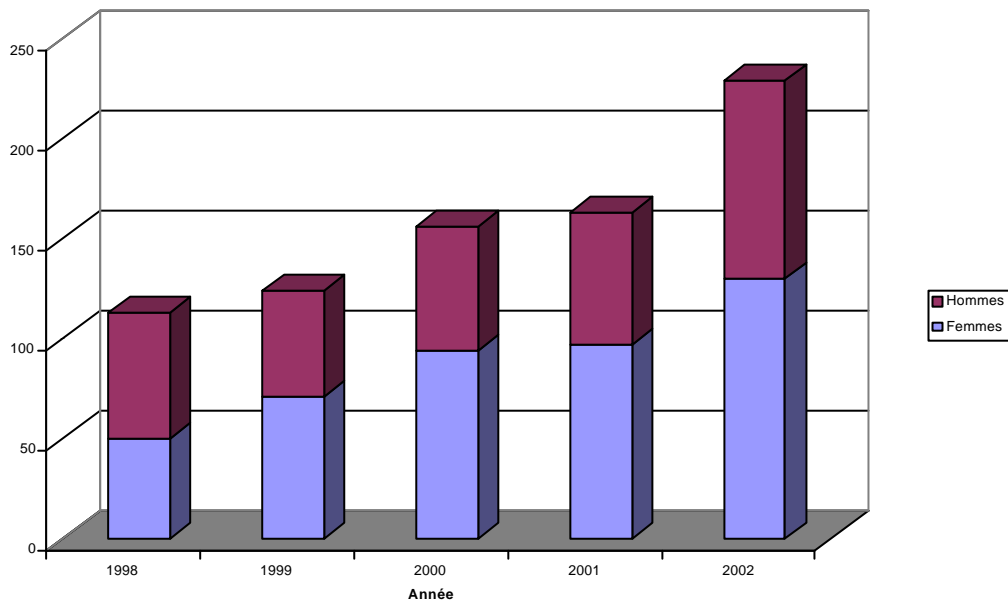
Il y a autant de femmes que d'hommes. Les femmes enceintes représentaient 34% des femmes nouvellement prises en charge. Parmi ces femmes enceintes 80% viennent d'Afrique subsaharienne.

Analysant les nouveaux consultants de deux années successives (1999 et 2000) le CISIH trouvait que les femmes en provenance d'Afrique subsaharienne représentaient 66% de la cohorte des femmes alors que les hommes de la même origine comptaient pour 36% de la cohorte des hommes<sup>11</sup>.

#### 4.2.2.3 Maintien sur le territoire

En application de l'article 12 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945, modifiée par la loi du 11 mai 1998, la DDASS doit donner son avis sur le maintien sur le territoire des étrangers en

Figure 2. Demandes de maintien sur le territoire pour VIH/sida dans le 93 par année et par sexe

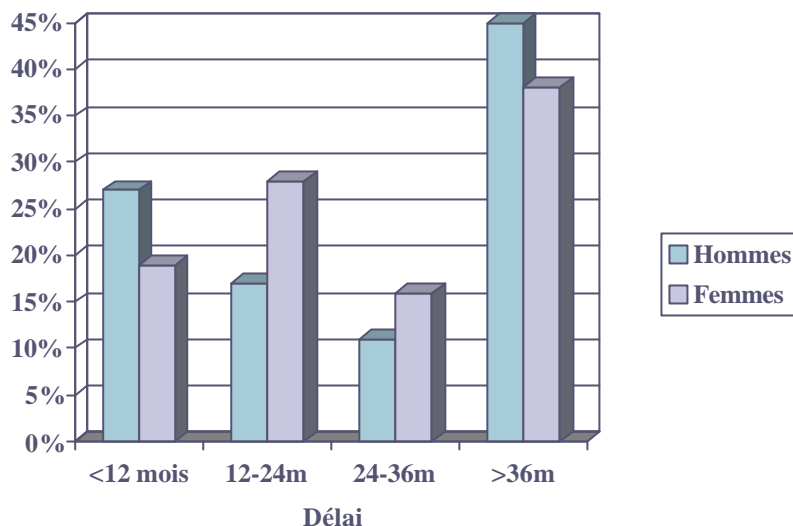


situation irrégulière dont l'état de santé grave, mettant en jeu sa vie nécessite des soins qui ne peuvent être prodigués dans leurs pays respectifs.

En Seine St Denis, le nombre des demandeurs est important et augmente d'année en année. De 1007 en 1998, il est passé à 3082 en 2002. Parmi ceux ci, les personnes vivant avec le VIH demandant à rester sur le territoire passaient de 113 en 1998 à 229 pour l'année 2002 (Figure 2). La plupart (95%) d'entre eux viennent d'Afrique au sud du Sahara (dont

<sup>11</sup> Bentata M et al. Les patients VIH+ nouvellement pris en charge en Seine Saint Denis. Congrès européen du Sida. Athènes, octobre 2001.

**Figure 3. Délais entre l'arrivée en France et la découverte du VIH selon le sexe dans le 93 (année 2001)**



54,0% de femmes). Les femmes sont plus nombreuses (97 contre 66), plus jeunes (31,8 ans contre 36,2 ans) et arrivées plus récemment (37,7 mois contre 56 mois) que les hommes.

Pour les femmes, les pays les plus représentés sont la Côte d'Ivoire (30%), le Cameroun (21%) le Congo (14%), et le Mali (11%).

Le pourcentage de personnes arrivées depuis moins d'un an et demandant de rester sur le territoire du fait de VIH est plus important chez les hommes (25%) que chez les femmes (19%) (Figure 3). Il faut noter qu'un tiers des femmes disent avoir découvert leur séropositivité à l'occasion d'une grossesse.

### 4.2.3 Plusieurs enquêtes spécifiques

#### 4.2.3.1 Enquête de l'InVS sur le VIH/sida chez les immigrés d'Ile-de-France

Une enquête a été réalisée par l'InVS dans 21 services de 18 hôpitaux d'Ile de France en 2002 sur un échantillon de la file active de patients originaires d'Afrique au sud du Sahara suivie dans ces hôpitaux pour sida ou VIH<sup>12</sup>. Sur les 250 personnes interrogées, le sex-ratio était de 0,6 hommes pour une femme et la moyenne d'âge de 36 ans. Les pays d'origine de ces patients sont les mêmes que ceux cités au-dessus, la Côte d'Ivoire venant en premier, suivie par le Congo et le Cameroun. Les patients étaient arrivés en France entre 1957 et 2002 : 19% avant 1988, 47% entre 1988 et 1999 et 34% depuis 1999.

Le dépistage avait été réalisé en France pour 91% d'entre eux.

<sup>12</sup> Valin N, Blanchon T, Lot F.. Trajectoires et accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne prises en charge pour leur infection VIH dans les hôpitaux d'Ile-de-France. SIDA, VIH et IST : état des lieux des données en 2002. InVS 20 novembre 2002.

Dans cet échantillon, 44% pensaient avoir été infectées en Afrique et 29% en France, 27% ne pouvant situer le lieu probable de contamination.

Selon les auteurs, depuis 1998, il y aurait plus de patients venus en France qui connaissent leur séropositivité depuis peu : 87% d'entre eux connaissent leur séropositivité avant ou dans l'année suivant leur arrivée en France, comparativement à 25% des patients arrivés en France avant 1998. Ces résultats doivent être discutés et rapprochés de deux événements différents : l'introduction des trithérapies en 1996 et la loi Chevènement de 1997. La connaissance du statut sérologique est vraisemblablement plus fréquente depuis cette époque, l'intérêt de se faire dépister devenant plus évident avec l'apparition d'une thérapie efficace.

#### 4.2.3.2 COMEDE

Le Comité médical pour les exilés (COMEDE) reçoit des demandeurs d'asile en France. Parmi ceux venant des pays d'Afrique au sud du Sahara et qui ont été testés, 3,8% sont porteurs du VIH. Les prévalences varient de 1,5% au Mali à 10,0% au Rwanda. Dans tous les cas, les chiffres sont inférieurs aux prévalences moyennes estimées dans les pays respectifs.

#### 4.2.4 Evolution de la maladie et espérance de vie

Il n'existe aucune donnée en France sur l'évolution de la maladie et sur l'espérance de vie chez les populations migrantes alors que des informations préoccupantes ressortent de plusieurs études européennes ou américaines. En Grande Bretagne, on trouve plus de tuberculose et un retard au diagnostic chez les femmes « noires d'origine africaine » que chez les femmes « blanches »<sup>13</sup> et aux USA une revue de la littérature<sup>14</sup> consacrée à l'espérance de vie différentielle des sidéens noirs et blancs aux Etats Unis montre dans la plupart des études une diminution de la durée moyenne de survie dans la première catégorie en rapport vraisemblable avec les différences socio-économiques entre les deux groupes.

---

<sup>13</sup> MRC study group. Ethnic differences in women with HIV infection in Britain and Ireland AIDS 1996; 10: 89-93

<sup>14</sup> Curtis R, Patrick D. Race and survival time with AIDS: A synthesis of the literature. American Journal of Public Health 1993; 83: 1425-1428.

## 5 - PARTICULARITES DU SIDA CHEZ LES FEMMES ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

### 5.1 DANS LEUR PAYS D'ORIGINE

#### 5.1.1 Une infection touchant plus fréquemment les femmes

Contrairement aux autres continents, les femmes en Afrique sont plus fréquemment infectées que les hommes. En 2001, l'OMS<sup>15</sup> estimait que 6 à 11% des jeunes femmes africaines âgées de 15 à 24 ans vivaient avec le VIH/SIDA alors que la prévalence du VIH était comprise entre 3 et 6% chez les jeunes hommes.

Si en Europe et aux USA les femmes comptent pour 20% des cas de VIH, en Afrique la proportion monte à 55%.

Plusieurs raisons ont été évoquées pour expliquer cette différence de proportion. Les femmes en Afrique apparaissent vulnérables à la fois au niveau biologique et socio-économique. Dans ces sociétés, les femmes ont moins de biens et de revenus que les hommes et ceux-ci peuvent les chasser et les renvoyer s'ils le veulent.

Les femmes et les jeunes filles sont souvent l'objet de discrimination quant à leur accès à l'éducation, aux soins et à l'héritage. La crise de nombreuses économies africaines après les politiques d'ajustement structurel a gonflé les rangs des pauvres et les rapports avec les hommes représentent des occasions souvent vitales d'obtenir la sécurité financière et sociale. Ce sont les hommes plus âgés, plus à risque d'avoir contracté le VIH, qui sont le mieux à même d'offrir cette sécurité.

Le rapport de dépendance fait qu'il est très difficile pour les jeunes filles et les femmes d'obtenir des rapports protégés. Traditionnellement, les jeunes femmes épousent des hommes plus âgés qu'elles de plusieurs années. Plusieurs études ont montré que le risque d'infection augmentait dans ce cas. La polygamie augmente le phénomène, les secondes et troisièmes épouses étant encore beaucoup plus jeunes que leur époux (celui-ci étant par ailleurs plus âgé). Par ailleurs, chez les jeunes filles qui veulent préserver leur virginité, et qui acceptent des pratiques sexuelles sans risque de grossesse mais à risque de contamination VIH, le préservatif n'est pas utilisé.

---

<sup>15</sup> OMS. Fact Sheet N° 242

### **5.1.2 Une représentation de la maladie différente chez les femmes**

La représentation de la maladie diffère souvent en fonction du sexe, c'est ainsi que beaucoup pensent en Afrique<sup>16</sup> que les hommes infectés, traités ou pas, mourront du sida alors qu'au contraire, les femmes résistent mieux à cette pathologie. La séropositivité asymptomatique n'est souvent pas considérée comme une urgence impliquant le recours aux soins. Cette séropositivité n'empêche souvent pas les femmes de procréer, grossesse et accouchement étant considérés comme des processus qui visent à lutter contre le sida et à redonner à la femme infectée sa place dans la famille et dans la communauté.

En ce qui concerne les femmes seules, une fois la séropositivité annoncée, elles s'excluent d'elles-mêmes de peur de se faire exclure.

## **5.2 EN FRANCE**

### **5.2.1 Le risque d'exclusion et de stigmatisation**

La stigmatisation est un phénomène complexe marquant les individus ou groupes d'individus supposés dangereux. A l'occasion du sida ces manifestations se sont développées dans le monde aussi bien au Nord qu'au Sud. Dans un certain nombre de pays du Sud on a pu observer de nombreuses réactions de rejet à l'égard des personnes atteintes par le VIH. Dans les pays du Nord, les lois et la pression des personnes vivant avec le VIH, en particulier les communautés homosexuelles, ont permis d'en réduire l'impact. Cela n'a cependant pas empêché que nombre de personnes vivant avec le VIH se sentent l'objet de discriminations dans leur vie quotidienne ou lors des rapports avec le personnel de soin<sup>17</sup>. Les discriminations peuvent être subtiles mais néanmoins violentes comme lors de certaines situations rencontrées face aux assurances ou à l'emploi. C'est ainsi que Dab et Moatti parlent de discrimination rampante<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Isam Idriss VIH et les autres. *Métisse, Lettre de l'AIEP* 2000 ; 4 :20-23

<sup>17</sup> Souville M, Morin M, Obadia Y et al. Médecine de ville et personnes atteintes, une tolérance fragile. *Le journal du sida* 1999 ; 112-113 : 26-29.

<sup>18</sup> Moatti JP, Dab W et le groupe KABP France. Quelques leçons des enquêtes françaises sur la perception sociale de l'infection à VIH : de la tolérance normative à la discrimination rampante. *Sciences Sociales et prévention du sida* 1994 :11-26.

Ces manifestations d'exclusion et de stigmatisation ne sont pas propres ni à l'époque, ni au sida, elles ont existé de tout temps et ce pour toute maladie mettant en jeu la vie des autres. On accusait dans les années 1830 les immigrés de l'intérieur venus à Paris, maçons de la Creuse, manoeuvres et portefaix venus des régions agricoles du Nord ou de Lorraine d'avoir apporté le choléra à Paris<sup>19</sup>. Mais déjà à cette époque des précurseurs de la santé publique comme Villermé attribuaient la surmortalité de ces populations aux conditions de vie : « la rue de la Mortellerie présente quatre fois et demie autant de décès que les quais de l'île Saint-Louis où les habitants logent dans des appartements vastes et bien aérés »<sup>20</sup>, alors que des chroniqueurs accusaient les porteurs d'eau auvergnats de n'adopter ni les moeurs, ni la langue, ni les plaisirs parisiens, « ils restent isolés comme les Hébreux de Babylone, allant le dimanche au bal musette, à la danse auvergnate, jamais au bal français »<sup>21</sup>.

La plupart des épidémies se présentent comme un péril venu d'ailleurs<sup>22</sup>. Pour l'épidémie de sida, l'immigration offre un cadre interprétatif où entrent à la fois la figure fantasmagorique de l'étranger qui en serait le vecteur et les mouvements de population qui la favoriseraient<sup>23</sup>. Cette maladie qui s'inscrit dans un double registre de la transgression sexuelle et de l'agression par un autre a déjà stigmatisé plusieurs communautés, que ce soient les Haïtiens aux Etats Unis, les Africains en Russie, ou encore les étudiants étrangers séropositifs dans certains pays européens.

### **5.2.2 Une dynamique expliquée par la précarité et la vulnérabilité**

La situation sociale des personnes fraîchement immigrées est souvent précaire. La pauvreté et la précarité ne leur sont pas propres mais elles sont plus nombreuses à le subir. Par ailleurs leurs itinéraires migratoires et les ruptures qu'ils impliquent les rendent plus vulnérables. Cette vulnérabilité affecte de façon encore plus évidente celles qui sont en situation irrégulière.

La précarité est encore plus fréquente chez les immigrées infectées par le VIH. C'est ainsi que dans l'enquête de l'InVS sur les immigrés des hôpitaux d'Ile-de-France trois quarts des

---

<sup>19</sup> Hazan E. L'invention de Paris. Le Seuil, Paris 2002.

<sup>20</sup> Villermé. La Mortalité en France dans la classe aisée, comparée à celle qui a lieu parmi les indigents, Paris 1927.

<sup>21</sup> La Bédollière. Les Industriels, Paris 1842.

<sup>22</sup> Fassin D. L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida. *Sciences sociales et santé* 1999 ; 17 : 5-36.

<sup>23</sup> Fassin D. Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'homme* 2001 ; 160 :137-162.

patients de l'échantillon disposaient d'un revenu inférieur ou égal au SMIC, le logement était précaire pour 52% et 47% n'avaient pas d'activité professionnelle.

De même, dans l'étude du CISIH 93<sup>24</sup>, la précarité concernait en majorité les migrants d'origine subsaharienne et cette précarité était associée à une immunodépression plus importante et plus d'évènements sida, notamment de tuberculose.

### **5.2.3 Plus que par des comportements particuliers**

Une approche culturaliste a tenté d'expliquer la progression de l'épidémie et l'échec de la prévention par des comportements propres aux africains : c'est ainsi que la « promiscuité sexuelle » et le « refus du préservatif » déjà utilisés en Afrique ont été de nouveau invoqués en Europe à propos des immigrants. La mise en cause de la culture ou de la vulnérabilité dans la transmission du virus tend à constituer l'étranger comme une possible menace.

Les rares études traitant de ce problème l'ont abordé sous l'angle de la représentation de la maladie, insistant sur les dimensions magiques et les étiologies « sorcières » en omettant les conditions d'existence des malades<sup>25</sup>.

Selon Didier Fassin, le culturalisme exerce une violence symbolique sur les immigrants les privant de leur universalité en les enfermant dans les particularités de leur culture et en les réduisant à un monde magico-religieux. La conséquence de cette approche pourrait être d'occulter les réalités sociales de l'existence en empêchant ces nouveaux arrivants de partager les valeurs communes.

## **5.3 ITINERAIRES, VIE QUOTIDIENNE**

De nombreuses informations concernant les itinéraires et la vie quotidienne des femmes africaines vivant avec le VIH nous ont été communiquées par les associations travaillant dans ce domaine. Il s'agit essentiellement d'Ikamberé, association créée sur l'initiative de femmes originaire d'Afrique dont la vocation est de soutenir les femmes immigrées d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH et d'Afrique Avenir qui intervient au plus près des communautés africaines de Paris et de la proche banlieue. Ces informations concernent donc des populations particulières qui ne sont pas parfaitement représentatives et ne prétendent donc pas couvrir le champ des situations existantes.

---

<sup>24</sup> Bentata M et al. Les patients VIH+ nouvellement pris en charge en Seine Saint Denis. Congrès européen du Sida. Athènes, octobre 2001.

<sup>25</sup> Trachet F, Diallo MA. Les représentations de l'infection à VIH et de la maladie du sida dans une population migrante d'Afrique de l'Ouest. *Migrations et santé* 1994 ; 80 :75-89.



Nous avons pu étudier la structure socio-démographique des personnes fréquentant Ikamberé et rapporter les résultats d'une étude sur la vie quotidienne portant sur 53 patientes qui avait été effectuée au sein de l'association<sup>26</sup>.

Nous avons aussi interrogé un groupe de femmes fréquentant l'association.

### 5.3.1 Contamination avant connue

Dans l'enquête sur la vie quotidienne d'Ikamberé, trois femmes sur un effectif de 53 étaient venues pour bénéficier d'un traitement par ARV. Pour deux d'entre elles la décision avait été prise par la famille résidante en France, la troisième était venue dans le cadre d'une évacuation sanitaire d'urgence. La venue en France est perçue dans ces circonstances comme une stratégie de survie et n'inclut aucun projet de vie à long terme. Elle repose au départ sur la solidarité sociale et familiale qui très vite montre ses limites. Toutes ces femmes ont été rapidement rejetées et abandonnées.

Nous avons rencontré dans cette même association plusieurs femmes venues seules pour se faire soigner. Selon elles, le choix de venir en France et d'y vivre est très délicat et difficile. Elles avaient été reçues par leur famille à l'arrivée mais se sont toutes deux fait mettre dehors. « *Les choses changent, les gens deviennent ici individualistes et ça se passe donc mal* ».

- Ainsi Bernadette du Tchad, 25 ans est en France depuis 9 mois. Sa famille l'a envoyée en catastrophe en France lorsque la maladie s'est déclarée. Cette démarche témoigne d'une situation matérielle aisée dans le pays. Elle a certes été accueillie par la grande sœur et son mari mais a été ensuite rejetée par crainte de contaminer les enfants. Elle cherche toujours un logement.
- Claudine du Burkina Faso est arrivée en France il y a 6 mois. Elle nous dit qu'à Bobo Dioulasso il n'y a pas de traitement disponible. Elle a été accueillie par sa grande sœur lorsqu'elle est arrivée, mais celle-ci l'a mise à la porte quand elle a su qu'elle avait le sida. Elle se plaint qu'il n'y a pas assez d'ACT. Actuellement elle loge grâce au 115.

Toutes nous ont dit que s'il avait été possible d'être traitées en Afrique, elles seraient restées dans leur pays. Ici, les conditions de vie sont extrêmement difficiles en particulier à cause des problèmes aigus d'hébergement et de l'absence de papiers qui les mettent en situation de précarité la plus totale.

Peu de femmes viennent en France dans le but de se faire soigner pour une infection à VIH connue. Selon le Dr Ferraghi de l'hôpital Avicenne de St Denis, la démarche est rare car pour venir, il faut recourir au réseau familial et clanique. Il s'agit d'une mesure d'auto

---

<sup>26</sup> Ikambéré. Rapport sur la vie quotidienne 2003.

bannissement voire de fuite très différente d'une démarche d'immigration correspondant à un projet de vie. Selon lui, quand le sida maladie se déclare, bien des femmes disent ne pas connaître leur statut sérologique, la seule position tenable étant le déni.

### 5.3.2 Contamination avant inconnue

#### 5.3.2.1 Des projets migratoires divers

Les projets migratoires ne sont pas tous identiques, c'est ainsi que dans l'enquête sur la vie quotidienne d'Ikambéré, 35 femmes sur 53 avaient fait le choix de venir pour un séjour long ou définitif, alors que 18 avaient prévu un passage en France de courte durée, sans projet migratoire réel. Chez ces dernières la découverte de leur maladie a modifié complètement leur projet.

#### 5.3.2.2 Une découverte fréquente lors de la grossesse

La découverte de la séropositivité se fait très souvent lors d'une grossesse, plus précocement que chez les hommes.

- Arlette, Camerounaise en France depuis 4 ans a découvert sa maladie lors d'une grossesse. Elle était chez sa mère et a suivi son traitement en cachette. Elle est partie après un an et a été en ACT, 6 mois à Sarcelles puis deux ans à Clamart. Elle va bien, son traitement est arrêté depuis 2 ans. Elle a la carte de séjour de 10 ans, habite dans le 17ème dans un hôtel social et touche 650 euros par mois. Elle cherche toujours à travailler et avait une promesse d'embauche à Décathlon qui a refusé ensuite car elle n'était pas française.

#### 5.3.2.3 Une prévention défaillante

Selon le Dr Ferraghi, il faut aller vers ces femmes avant qu'elles ne viennent aux structures de soins, il est essentiel de les sensibiliser au début du séjour car elles sont hautement vulnérables.

Même informées, le risque de non-protection est grand.

- Selon la directrice d'Ikambéré, *« les gens sont fous, beaucoup de femmes sont informées et vont rencontrer sans se protéger, même si le préservatif est dans le sac. Il faudrait lorsqu'elles arrivent donner une information, montrer des cassettes de personnes qui souffrent de la maladie. Très souvent, elles ne proposent pas le préservatif, un moyen pour les femmes d'insister est de dire qu'elles ne veulent pas tomber enceintes.*
- L'obstacle se situe aussi au niveau des hommes *« ils font semblant de connaître mais n'aiment pas les préservatifs, ils les utilisent pas hasard ».*

- *Il arrive aussi que certaines femmes se prostituent et que les partenaires masculins refusent le préservatif.*

Intervient aussi le fait que le sida soit devenu une maladie chronique et que la prévention apparaît moins nécessaire pour certaines femmes.

### **5.3.3 Des problèmes communs à toutes**

#### 5.3.3.1 Situation de famille

Une majorité des femmes fréquentant Ikambéré (113/137) est célibataire, veuve ou divorcée alors que seules 24/137 vivent en couple ou concubinage. Ce nombre très élevé de femmes célibataires est expliqué par le fait que certaines, mariées coutumièrement dans leur pays d'origine, ne sont pas considérées comme telles par la loi française.

Si un certain nombre de femmes viennent avec leur conjoint ou le rejoignent à l'occasion du regroupement familial, un nouveau phénomène apparaît, la venue de jeunes femmes qui partent seules et viennent chercher du travail et de l'aisance matérielle. Cela concernerait aussi selon le Dr Ferraghi les pays maghrébins.

#### 5.3.3.2 Le conjoint

L'étude sur la vie quotidienne s'est aussi intéressée au statut sérologique du conjoint au moment de l'annonce de la séropositivité de la femme. La majorité des femmes de l'enquête avaient alors un conjoint (32/53). Parmi ceux-ci, 3/32 étaient contaminés (2 étaient décédés depuis) et 29 n'étaient pas contaminés. Toutes les femmes mariées (14) avaient annoncé leur séropositivité à leur conjoint

#### 5.3.3.3 Le logement

Le logement représentait un problème majeur pour nombre des femmes de l'enquête sur la vie quotidienne puisque seulement 12 disposaient d'un logement stable, 23 étaient en hébergement temporaire et 18 en structures d'urgence ou en hébergement social. Parmi ces femmes, 32 avaient connu une aggravation de leurs conditions d'hébergement à la suite de la découverte de leur séropositivité.

Avoir accès à un ACT représente une grande chance mais est parfois vécu comme très contraignant :

- ainsi Brigitte, burkinabée qui vit en ACT et voudrait revoir sa famille au pays, vit difficilement l'interdiction qui lui en est fait.

- Il en est de même pour Aurélie : *« Parce qu'on vous héberge on vous empêche de voir vos enfants : c'est de la maltraitance. Pourquoi compresser les gens alors qu'ils pourraient voler de leurs propres ailes ? Les gens veulent gérer leur vie eux même, pas avec quelqu'un derrière ».*

Il semble par ailleurs très difficile d'avoir accès aux HLM.

#### 5.3.3.4 Le travail

Leur situation par rapport à l'emploi apparaît aussi précaire. Ainsi, parmi les femmes fréquentant Ikambéré, seules 11 avaient un travail régulier (CDI ou CDD), 11 avaient des emplois temporaires, 4 étaient en recherche d'emploi et 165 n'avaient pas d'autorisation de travail.

#### 5.3.3.5 La précarité

La précarité est la règle puisque 121 sur sont sans ressources et seulement 6 tirent un revenu d'un travail salarié. Seules trois bénéficient d'une allocation parent isolé ou d'une allocation adultes handicapés.

#### 5.3.3.6 Les papiers

Les femmes immigrées sont beaucoup moins soumises aux pratiques policières de l'Etat que les hommes. Elles sont peu concernées par les contrôles d'identité et les reconduites à la frontière. Elles sont peu exposées à l'interdiction de territoire qui concerne les actes délictueux ayant fait l'objet d'une condamnation.

Elles sont plus souvent confinées à la sphère privée. Venues hors du cadre réglementaire, elles peuvent tomber sous la dépendance d'un conjoint en situation régulière qui peut les garder au domicile.

Cependant, les démarches administratives représentent une source de problèmes infinis. Pour Emma qui doit recommencer tous les ans la demande de papiers *« L'administration peut te tuer avant que la maladie ne t'achève »*. Elles se plaignent aussi de difficultés et de stigmatisation par l'APS qui est un document vert indiquant que la personne est malade : *« nous avons honte de montrer les papiers qui indiquent que tu es malade »*.

Pour beaucoup, l'essentiel est d'être en règle, le reste devient secondaire : *« on peut vivre longtemps sans mari, c'est mieux de vivre seule avec des papiers »*

#### 5.3.3.7 Des allers et retours impossibles

La plupart de ces femmes n'ont le choix qu'entre le retour au pays pour mourir ou celui de rester en terre d'exil sans pouvoir s'acquitter du devoir de retour annuel au pays, les

allers et retours étant redoutés autant par les migrantes infectées que par la famille restée au pays d'origine.

#### 5.3.3.8 Le secret

Le problème de la confidentialité dans les appartements thérapeutiques est aussi soulevé.

- Ainsi, Albertine hébergée par « Emmaüs alternative » se plaint que les dossiers soient ouverts partout et qu'elles soient regardées avec un air de pitié : *« ce n'est pas parce qu'on est séropositive que la vie est finie. Nous sommes bien traitées médicalement mais maltraitées moralement. »*

Ce manque de confidentialité ressort dans d'autres circonstances comme celle des urgences hospitalières où certaines répugnent à révéler leur séropositivité qui sera inscrite sur un registre restant souvent ouvert au vu et sus de tous.

L'une des grandes difficultés à laquelle sont confrontées ces femmes est l'absolue nécessité de garder le secret, de cacher sa maladie. Il est important qu'elles aient accès à des lieux où elles puissent dire leurs problèmes.

- Selon Antoinette, congolaise, qui a perdu son fils de 18 mois, *« s'ils savent que tu es malade, ils te traitent comme des bêtes. En 1997 j'ai perdu mon fils de 18 mois et l'association Sol en si m'a adressé ici à Ikambéré. Je me trouve en paix ici, on rigole. L'association, c'est comme une maman qui n'a pas abandonné son enfant ».*
- Pour une autre femme mariée : *« mon mari ne parle pas de cela, les copains ne sont pas au courant, il n'y a qu'ici que je peux parler de mes problèmes ».*

#### 5.3.3.9 Fragilité psychique

Le risque de dépression est grand pour beaucoup et il est important qu'elles soient prise en charge lorsqu'elles découvrent leur maladie.

- Ainsi Mariane : *« on se voit alors dans le cercueil, j'ai fait deux tentatives de suicide ».*
- Marceline 37 ans, réfugiée d'Angola, en France depuis 1999, est sous trithérapie et a été plusieurs fois déprimée et hospitalisée à Maison Blanche plusieurs mois. Elle aussi a fait deux tentatives de suicide : *« nos têtes ne sont pas libérées des problèmes ».*

## **6 - DISPOSITIFS REGLEMENTAIRES ET ACCES AUX DROITS**

### **6.1 LES DISPOSITIFS REGLEMENTAIRES**

#### **6.1.1 Le droit européen**

L'article 8 de la Convention européenne des Droits de l'Homme indique que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence soit prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, au bien être économique du pays, à la défense de l'ordre public et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.

#### **6.1.2 La couverture sociale en France**

Le système de sécurité sociale et d'assurance complémentaire est identique pour les Français et les étrangers qui sont en situation régulière de séjour et de travail. Dans le cadre de l'affection à VIH comme dans celui d'une trentaine d'affections de longue durée nécessitant des traitements longs et coûteux, la couverture sécurité sociale prend en charge à 100% sans avance de frais toutes les dépenses afférentes à cette affection.

Loi n°99-641 du 27 juillet 1999, Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000

Toute personne ayant une résidence stable et régulière en France (ne sont pas concernés les étrangers en situation irrégulière) et qui n'a pas de droits ouverts à un autre régime de base doit être automatiquement et immédiatement affiliée au régime général de la sécurité sociale via la Couverture maladie universelle (CMU). La condition est remplie dès lors que la personne peut prouver qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. En revanche aucun délai n'est requis pour les titulaires de minima sociaux ni pour les demandeurs d'asile (Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-239 du 3 mai 2000).

La condition de régularité est remplie dès lors que la personne justifie être en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers. A défaut de présentation de titre de séjour, la présentation de tout document attestant que l'intéressé a déposé un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture établit qu'il remplit la condition de résidence (circulaire du 3 mai 2000).

Les enfants mineurs de parents étrangers en situation irrégulière et n'ayant pas de résidence stable sont affiliés à la CMU de base (article L. 380-5 du code de la sécurité sociale modifié par la loi de financement de la sécurité sociale du 21 décembre 2001).

La loi sur la CMU ne s'applique pas aux étrangers en situation irrégulière. Ils ne peuvent prétendre qu'à l'Aide Médicale d'Etat (AME) avec une prise en charge plus limitée.

La loi n°99-641 du 27 juillet 1999, Circulaire DSS/2A/DAS/DPM 2000-14 du 10 janvier 2000 Articles L. 251-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CFAS) précise les modalités de son attribution.

Cette prestation est accordée sous conditions de ressources (seuil actuel pour une personne : 562 €), mais sans condition d'ancienneté de séjour.

Elle ouvre droit à une prise en charge totale des frais de soins hospitaliers. Les médicaments et examens complémentaires délivrés et réalisés en ville, sur ordonnance hospitalière sont couverts par l'AME.

Peuvent aussi y prétendre, le conjoint, le partenaire pacsé, le concubin, les enfants sans activité, les membres de la famille vivant sous le même toit et se consacrant exclusivement aux travaux de ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants âgés de moins de 14 ans. La personne vivant avec le demandeur depuis au moins un an et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente ainsi que toute personne à la charge du bénéficiaire.

En cas d'urgence, les personnes dont la situation l'exige peuvent être admises immédiatement à l'AME (article L. 252-3 alinéa 3 du CFAS).

L'article 57 de la loi de finances rectificative pour 2002 prévoyait que le ticket modérateur et le forfait hospitalier soit à la charge des bénéficiaires de l'AME. Cette mesure, instaurée pour limiter des abus du recours à ce dispositif, aurait représenté un obstacle réel à l'accès aux soins et donc au dépistage<sup>27</sup>. Le Premier ministre a décidé de ne pas la faire appliquer.

### **6.1.3 Le maintien sur le territoire pour raison médicale**

Dans une période où se succèdent des lois de plus en plus restrictives sur l'entrée et le séjour des étrangers, cette nouvelle catégorie est en pleine expansion numérique et permet à l'étranger malade de sortir de la clandestinité, de prétendre à certaines prestations et de chercher un emploi.

---

<sup>27</sup> Le budget de l'AME est estimé pour 2002 à 240 millions d'euros, soit 0,16% des dépenses de santé. Le montant des dépenses de santé par an et par personne étant de 1361 € pour les bénéficiaires de l'AME alors que la moyenne par habitant est supérieure à 2400 €

L'article 12 bis de l'ordonnance du 2 novembre 1945, modifiée par la loi du 11 mai 1998, indique qu'une carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale », est délivrée de plein droit (sauf en cas de trouble de l'ordre public) à toute personne étrangère résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour elle des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'elle ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans son pays d'origine.

La circulaire du 5 mai 2000, précise qu'une autorisation provisoire de séjour (APS) peut être délivrée et renouvelée quand l'étranger malade n'a pas sa résidence habituelle en France. Au terme du premier renouvellement, s'il est toujours malade, une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » est alors délivrée. Une autorisation provisoire de travail peut être délivrée en complétant cette carte, sous réserve d'un contrat de travail ou d'une promesse d'embauche.

La même circulaire fixe la procédure afin que soit préservé le secret médical tout en s'assurant que le demandeur remplit les conditions fixées par la loi. Les MISP transmettent un avis au préfet à partir du dossier médical qui leur est envoyé par un PH ou un médecin agréé. Cet avis porte sur la nécessité ou non d'une prise en charge médicale, les conséquences du défaut de prise en charge médicale, l'absence de possibilité d'accès au traitement dans le pays d'origine, la durée des soins nécessaires.

Le 19 décembre 2002, le Ministre de l'Intérieur adressait aux préfets une circulaire NOR/INT/D/02/00215/C sur les conditions d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France. Constatant que des dérives graves avaient été observées dans plusieurs préfectures, il demande que, sans attendre qu'un inventaire des maladies les plus significatives et qu'un recensement soit fait des pays dépourvus ou insuffisamment pourvus de structures sanitaires, soient mises en œuvre les moyens de contrôle : saisine du Conseil de l'Ordre des Médecins en cas de fraude supposée, demande de contre-expertise par un médecin expert ou un médecin de l'OMI et saisie du Parquet en cas de fraude avérée.

Cette circulaire est modifiée le 12 janvier 2003 par la circulaire NOR/INT/D/0/00/C qui demande de distinguer les cas où l'étranger doit être admis au séjour au titre de l'article 12 bis avec délivrance d'une carte de séjour temporaire d'un an, des cas où l'existence d'un besoin très temporaire de soins peut conduire à la délivrance discrétionnaire d'une autorisation provisoire de séjour. Cette même circulaire annonce la mise à disposition des



médecins inspecteurs d'informations sur les structures sanitaires et l'offre de soins dans les pays d'origine.

Depuis le 24 février 2003 on peut faire apparaître l'offre de soins dans les pays et une base de donnée sera disponible le 20 mars sur l'intranet du ministère de la santé.

Il n'est pas prévu, et en tout cas il est impossible selon le Dr Pierre Vincent Comiti de la Direction Population et Migration (DPM), de dresser une liste de maladies et des pays assurant le traitement de ces affections. Seule est envisagée une approche documentaire où la source principale d'information sera l'OMS.

L'avis du MISP se fait sur l'examen d'un rapport. Il doit considérer l'état de la personne, la connaissance sur l'offre de soins dans le pays et aussi son niveau économique et social pour savoir s'il peut y avoir accès. Il est en fait difficile de se faire une opinion hormis dans le département de Seine St Denis où les patients sont reçus par des infirmières qui peuvent ainsi avoir une meilleure impression de leur situation.

Pour les personnes des pays d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH et sous trithérapie. Il n'y a pas de problèmes quant à l'avis à donner. Pour ceux dont l'état nécessite une simple surveillance biologique, on peut considérer que la problématique est différée mais identique car s'ils partaient, ils ne seraient pas suivis et de toute façon ne pourraient le plus souvent pas revenir en cas de nécessité de traitement.

Le programme ESTHER mis en place dans un certain nombre de pays du sud et qui vise à mettre sous trithérapie un certain nombre de patients vivant avec le VIH ne permettra pas d'assurer la continuité des soins dans les pays concernés par le programme. On ne peut assurer que des patients renvoyés seraient inclus dans la cohorte traitée.

Il faudrait imaginer un système où le patient puisse être traité dans son pays et puisse revenir régulièrement en France lorsque des traitements plus complexes s'avèrent nécessaires. Pour assurer la continuité des soins transfrontaliers il faudrait alors mettre en place des conventions bilatérales entre services sociaux. Force est de considérer que les possibilités de suivi sont impossibles actuellement.

Pour 2004, les 15 pays membres de l'Union Européenne ont décidé d'harmoniser les lois sur l'immigration. . Aujourd'hui, la plupart des pays membres de l'Union Européenne n'ont pas de loi protégeant les étrangers atteints de pathologie, laissant ces personnes malades dans l'insécurité d'un dispositif discrétionnaire Un des rapports IDEME (Intervention pour les Droits des Étrangers Malades en Europe), action lancée par Médecins Sans Frontières, fait le point :

### **Les pays limitrophes de la France**

- Royaume-Uni. Une directive prévoit d'accorder un titre de séjour aux étrangers malades dont "l'espérance de vie serait réduite" par un retour au pays d'origine. Toute mesure d'éloignement engage la responsabilité de l'État et doit prendre en compte la dimension humanitaire. Ces recommandations ne constituent pas un droit.

- Allemagne. Les demandeurs d'asile auxquels l'asile a été refusé peuvent obtenir, à titre discrétionnaire, une protection contre l'éloignement s'ils sont gravement malades.

- Espagne. L'accès aux soins des étrangers en séjour irrégulier est inscrit dans la loi mais la délivrance d'une carte de séjour pour des raisons humanitaire à des étrangers malades en séjour irrégulier reste exceptionnelle. Seules les femmes enceintes sont protégées contre l'éloignement.

- Italie. L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière est prévu par la loi. Des étrangers gravement malades peuvent bénéficier d'une carte de séjour, mais exclusivement pour des raisons humanitaires. Seules les femmes enceintes sont protégées contre l'éloignement. À l'heure actuelle, la loi Bossi-Fini contre l'immigration qui pourrait bientôt être mise en place, risque de mettre à mal ces quelques mesures de protection des étrangers.

- Belgique. Une aide médicale est accordée aux étrangers en séjour irrégulier. Les personnes gravement malades peuvent solliciter une autorisation de séjour. La maladie est assimilée à une "circonstance exceptionnelle".

Encadré 1 : Législation envers les étrangers malades dans les pays limitrophes de la France

Aujourd'hui, la plupart des pays membres de l'Union Européenne n'ont pas de loi protégeant les étrangers atteints de pathologie, laissant ces personnes malades dans l'insécurité d'un dispositif discrétionnaire

#### **6.1.4 Le logement**

L'accès au logement représente la difficulté majeure des migrants en situation de maladie ou d'handicap. Certaines dispositions les protègent théoriquement mais elles sont de peu de poids devant la réalité du marché. C'est ainsi que l'article 1<sup>er</sup> alinéa 2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 stipule qu' « aucune personne ne peut se voir refuser la location d'un logement en raison de son origine...ou son appartenance ou non-appartenance vraie ou supposée à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ». Par ailleurs l'article L.441-1 du code de la construction et de l'habitation prévoit une priorité d'attribution pour les personnes en situation de handicap ou les familles ayant à leur charge une personne en situation de handicap.

En cas de grande difficulté il est possible de faire appel à l'hébergement d'urgence, dispositif départemental géré par les associations gestionnaires de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Ces structures ne sont souvent accessibles que par le « 115 ».

Selon la circulaire DGS/DSS du 17 avril 1994, les appartements de coordination thérapeutique (ACT) assurent la coordination médicale et sociale nécessaire à la prise en charge des malades. Ils représentent une solution possible pour des personnes ayant besoin de soins et d'accompagnement médico-social. L'admission est conditionnée par la place, les demandes étant bien plus nombreuses que les offres. Ce dispositif est désormais intégré dans le cadre des institutions médico-sociales et élargi à la prise en charge d'autres pathologies.

Depuis 1995, 443 appartements ont été agréés. Dans le département du 93, où il existe 43 appartements, 23 femmes d'origine étrangères bénéficient de ce dispositif.

### **6.1.5 Le travail**

Avoir un revenu fixe grâce à un travail régulier représente le meilleur moyen d'être sécurisé et d'échapper à la précarité. Plusieurs titres permettent d'exercer une activité salariée :

- la carte de résident (d'une durée de 10 ans) donne automatiquement droit à exercer une activité professionnelle.
- la carte de séjour temporaire d'une durée d'un an portant la mention « vie privée et familiale.
- La carte de séjour temporaire d'une durée d'un an portant la mention « salarié ». Cette carte comporte l'indication d'une ou plusieurs activités professionnelles.
- L'autorisation provisoire de travail lie totalement l'employé à son employeur, ne peut dépasser 9 mois et est renouvelable.
- Le contrat de travail saisonnier permet d'exercer une activité salariée chez un employeur déterminé pendant une durée n'excédant pas 6 mois.

### **6.1.6 L'aide à la vie quotidienne**

A la suite de la circulaire DGS-DSS du 8 novembre 1996, a été mis en place un dispositif d'aide à la vie quotidienne (AVQ) destiné aux personnes atteintes par le VIH/sida dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation mais qui présentent une dépendance dans l'accomplissement des actes de la vie quotidienne. Dans le département 80 personnes en bénéficient, dont 55% de femmes.

### **6.1.7 L'Allocation aux adultes handicapés**

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée à toute personne résidant régulièrement en France, atteinte d'une incapacité permanente d'au moins 80% ou comprise entre 50 et 80% si la personne est incapable de se procurer un emploi. Les personnes de nationalité étrangère peuvent en bénéficier (Article L. 821-9 du CSS). Cette allocation est soumise à conditions de ressources et son montant est de 569 euros par moi. C'est la Commission technique d'orientation et de réinsertion (COTOREP) qui fixe le taux d'incapacité et la Caisse d'allocation familiale (CAF) qui verse l'allocation.

## **6.2 L'ACCES AUX DROITS**

L'accès aux droits sociaux des personnes immigrées est subordonné à des conditions de séjour en France. De nombreuses difficultés vont se présenter qui feront très souvent de ce parcours une course d'obstacle. Il s'agit tout d'abord de la méconnaissance des droits des étrangers par les intéressés mais aussi par nombre de professionnels du domaine médical ou social ainsi que des difficultés linguistiques de communication. Il s'agit aussi des pratiques restrictives de certaines administrations.

La complémentaire CMU et l'AME doivent être délivrées en admission immédiate pour les personnes dont la situation l'exige, en particulier devant la nécessité de soins médicaux ou d'examens complémentaires.

Les dispositifs de santé publique, CDAG et ACT, sont accessibles et gratuits pour tous. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui sont obligatoires dans tous les hôpitaux publics ont pour vocation d'aider les patients à accéder à leurs droits et en particulier les étrangers arrivés récemment en France.

Il peut arriver que le centre de sécurité sociale refuse ce droit et c'est le plus souvent par méconnaissance de ce droit. Il revient alors au médecin traitant d'intervenir directement auprès du cadre CMU ou du chef de centre.

Une aide juridictionnelle est possible à condition de résider habituellement en France et d'être en situation régulière. Pour les autres, le milieu associatif est le plus apte à aider les personnes en difficulté. Un Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)<sup>28</sup> s'est ainsi constitué à partir d'un collectif d'associations pour recenser les difficultés rencontrées par les étrangers dans le domaine de l'accès aux soins et du droit de séjour pour raison médicale

---

<sup>28</sup> Consultable sur le site: [www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)

Les droits des personnes en fonction du type de séjour sont présentés dans un tableau synthétique (Tableau 2).

Critères requis de séjour	Droits
Résidence habituelle » Personnes vivant en France avec ou sans papiers	Aide médicale d'état (AME) Aide sociale à l'enfance (ASE) Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) Assurance accident du travail
Résidence « habituelle » depuis plus d'un an (et motif médical de régularisation)	Carte de séjour temporaire (CST) « vie privée et familiale » avec autorisation de travail
Résidence « régulière » ou entrée « régulière »	Aide juridictionnelle
Résidence « régulière » et « stable » Document préfectoral en cours de validité, et résidence depuis plus de trois mois, sauf demandeurs d'asile (pour qui la durée de 3 mois de résidence n'est pas exigible)	Couverture maladie universelle (CMU) base et complémentaire
Récépissé « constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié » (asile conventionnel)	Allocation d'insertion ASSEDIC pendant un an
Titre de séjour > 3 mois (APS, récépissé ou CST)	Allocation logement
Carte de séjour temporaire d'un an (CST)	Allocation adultes handicapés (AAH)
CST et 3 ans de séjour régulier avec droit au travail	RMI

Tableau 2. Droits des personnes en fonction du type de séjour

## 7 - LA PREVENTION ET LE DEPISTAGE

### 7.1 LA PREVENTION PRIMAIRE

#### 7.1.1 Un contexte de relâchement des comportements de prévention

Cette prévention s'inscrit dans un contexte général de moindre intérêt pour le sida et de relâchement des comportements dans la population. Une enquête KABP<sup>29</sup> réalisée par l'ORS de l'Ile de France en 2001 montre que les modes de transmission du virus sont moins bien connus qu'en 1998 et que le risque de contamination est plus faiblement perçu. On

<sup>29</sup> Grémy I, Beltzer N, Vongmany N et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en Ile-de-France, Evolutions 1992-1994-1998-2001, ORS Ile-de-France, décembre 2001.

observe dans cette même enquête un relâchement des comportements de prévention. Pour la première fois la proportion des hommes ayant déclaré avoir utilisé des préservatifs au cours de l'année précédente diminue passant de 40% en 1998 à 32% en 2001. La même tendance est constatée chez les femmes. Une des conséquences de ce relâchement des comportements de protection est la recrudescence des cas de syphilis particulièrement marquée en Ile-de-France.

### **7.1.2 Prévention en situation de précarité**

La contamination est favorisée par la précarité. Une femme africaine lorsqu'elle arrive en France doit se loger et survivre. Elle se choisit donc souvent très vite un protecteur sans avoir le temps d'être sélective. La sécuriser quelques semaines pourrait lui éviter de chercher dans l'urgence et d'être plus discriminante

### **7.1.3 Cadre de la prévention**

La prévention doit être pensée avec tous les aspects de santé publique concernant le VIH, y compris la protection sociale, l'accès aux soins, la qualité des prestations médicale. Il est important de prendre en compte les processus politiques, économiques, sociaux et institutionnels de vulnérabilisation et prendre garde à ne pas surdéterminer l'individu par son origine. Le culturel ne doit pas masquer le politique

La relation entre sida et immigration doit également être appréhendée au-delà de la seule question de la contamination.

L'expérience a montré que des programmes centrés sur la seule infection à VIH sont mal acceptés dans les communautés telles que les foyers. Il est important que le risque du sida soit envisagé dans sa globalité et pas seulement ramené à la seule sexualité

Dans ce domaine, trois types de comportements peuvent être conseillés : l'abstinence, la fidélité et l'utilisation de préservatifs.

### **7.1.4 Les préservatifs masculins et féminins**

L'un des outils importants de la prévention est représenté par le préservatif masculin. Nous ne disposons pas de données quant à l'utilisation des préservatifs dans les populations migrantes. La seule information est globale et concerne les ventes en France des préservatifs masculins qui est passé en un an de 72 à 76 millions d'unités. Sa promotion doit continuer, bien qu'il ne faille pas réduire la prévention à cette seule utilisation.

Le préservatif féminin, Femidon\*, pourrait constituer une alternative au préservatif masculin. Conçu en 1991, il n'a obtenu l'agrément européen qu'en 1998 et n'est disponible en France que depuis le début de l'année 1999.

Il s'agit d'un fourreau de polyuréthane résistant, doux et transparent qui s'insère dans le vagin avant le rapport sexuel. Selon la Female Health Company qui en est le seul fabricant, son utilisation réduirait de 97% le risque de transmission du VIH. Il est solide, inodore, anallergique, ne nécessite pas d'érection du pénis et n'a pas besoin d'être ôté immédiatement après le rapport. Cependant il est souvent considéré comme inesthétique, bruyant, d'insertion difficile et réduisant les sensations de la femme puisqu'il recouvre le clitoris. Il en serait de même pour les sensations du partenaire. D'après Onusida, de 50 à 70% des hommes et des femmes le trouvent acceptable. Son utilisation est essentiellement documentée au sud du Sahara où il est utilisé depuis 1991<sup>30</sup>.

L'un des problèmes majeur est qu'il est quasi introuvable en France, seules quelques pharmacies en vendent et dans la plupart des cas il faut le commander, et coûteux (de 1,52 à 2,29 € l'unité). Il avait été mis en vente au prix de 2 € dans quelques stations du métropolitain parisien<sup>31</sup> grâce à des distributeurs qui ne sont plus opérationnels à ce jour.

D'après les médecins de l'association Afrique Avenir qui en font la promotion dans les lieux communautaires de Paris et de la banlieue nord, le préservatif féminin est très bien accepté lorsque l'on a bien expliqué son mode d'emploi. Il y a alors une réelle demande de la part de nombreuses femmes qui le perçoivent comme un instrument d'autonomie et de liberté leur permettant de modifier le rapport de force dans l'échange sexuel. En 2002, ils en ont distribué 3200.

Pour développer ce moyen de prévention, il faudrait maintenant une volonté politique pour lancer, diffuser et subventionner un produit qui n'a sinon aucune chance de se répandre par la seule logique du marché.

### **7.1.5 D'une prévention universaliste à une prévention ciblée**

La prévention universaliste ne correspond pas à la diversité des populations migrantes et à leur environnement. Une nouvelle dynamique développée par les associations va au devant des personnes migrantes dans divers lieux de convivialité ainsi que dans les médias.

A l'occasion de la journée du 1<sup>er</sup> décembre 2002, le ministère de la santé a lancé une campagne axée sur la connaissance du statut sérologique du couple et sur la demande du test à son partenaire. L'INPES, chargé de cette campagne, a décliné ce thème pour trois situations de couples hétérosexuels, homosexuels et de migrants. Le dernier film met en situation une jeune femme africaine qui insiste auprès de son conjoint pour qu'il fasse un test et rend compte de la difficulté pour les femmes à aborder cette question au sein du couple. A la fin du film était donné le numéro de téléphone de Sida Info Service. Huit cent cinquante

---

<sup>30</sup> Deniau F. Actualité du préservatif en Afrique. *Cahiers Santé* 1997 ; 7 : 405-415.

<sup>31</sup> Stations Bonne Nouvelle, Cité U, Gare de Lyon, Lamarck Caulincourt et Montparnasse.

passages étaient prévus dans toutes les chaînes généralistes ainsi que dans des chaînes câblées plus spécifiques pour un budget de 3,75 millions d'euros. Les mesures d'impact ont mis en évidence un taux de perception très élevé des campagnes.

Le taux de reconnaissance des films destiné aux migrants est élevé pour les trois catégories de public, atteignant 69% pour celui des migrants (Tableau 3). Par ailleurs, il n'a pas été noté pas d'effet négatif stigmatisant de ces campagnes « tout public » qui font néanmoins clairement apparaître plusieurs populations cibles.

Film mettant en scène des :	Reconnaissance de la campagne par		
	Population de migrants	Population générale	Population d'homosexuels
Migrants	69%	63%	58%
Hétérosexuels	29%	68%	42%
Homosexuels	24%	55%	55%

Tableau 3 . Taux de reconnaissance par les différents publics des films diffusés pour la journée du sida du 1<sup>er</sup> décembre 2002.

### 7.1.6 Les lieux de la prévention

La prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) devrait être abordée dans tous les lieux de soins primaires auxquels les femmes ont accès, que ce soient les hôpitaux, les PMI, les centres municipaux de santé. C'est dans ces lieux aussi que le dépistage peut être proposé. Il est important que tous ces lieux soient facilement accessibles et ce non seulement en cas de pathologies graves mais aussi pour les affections apparemment bénignes. Il est essentiel aussi qu'un climat de confiance soit établi avec le personnel soignant et que ne soient pas demandées des pièces administratives complexes qui feront renoncer le patient et aux soins et au dépistage.

Les associations sont aussi un lieu privilégié pour aborder cette question. La plupart développent des programmes envers les populations dont elles s'occupent.

Par ailleurs l'association Sida Info Service a décidé en septembre 2001 de mettre sur pied un service d'aide téléphonique<sup>32</sup> en plusieurs langues étrangères<sup>33</sup> : l'anglais, l'arabe, le

<sup>32</sup> Numéro vert 0800 840 800. Les écoutants répondent les lundi, mercredis et vendredis de 14h à 19h

<sup>33</sup> Migrants et VIH. Guide pratique d'information de Sida Info Service, édition 2002



bambara<sup>34</sup>, l'espagnol et le russe. La promotion de l'éducation à la santé s'inscrit pour cette association dans une dynamique médicale, psychologique et aussi culturelle. La langue et le langage sont des vecteurs qui contribuent à donner du sens à l'expérience de la maladie.

En juin 2003 doit être organisé par la DGS et Sida Info Service (SIS) une journée de mobilisation des professionnels et des associations sur les bonnes pratiques du dépistage et sur les traitements post exposition.

## **7.2 LE DEPISTAGE**

### **7.2.1 Un élément essentiel de la lutte contre le sida**

Le ministère de la Santé a fait du dépistage un des éléments essentiels de la lutte contre le sida. Les notions de dépistage obligatoire, systématique et de dépistage volontaire sont clairement distingués dans les différents textes. Le dépistage obligatoire vise les dons de sang, de sperme, de lait et d'organes alors que le dépistage volontaire s'effectue après avoir obtenu le consentement libre et éclairé de la personne. Le refus du dépistage obligatoire a été affirmé dès 1987 par les pouvoirs publics, le test étant rendu possible dès 1985. Ce test est remboursé à 100% et est gratuit lors des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales, dans les PMI et lors des consultations dans les dispensaires antivénéériens. Afin de concilier le caractère de volontariat et une proposition systématisée à certains moments de la vie, il a été proposé la notion de « proposition systématique » qui permet au patient de refuser. Les refus se sont avérés être extrêmement rares.

Le dépistage n'est en fait qu'un élément parmi tous les moyens de prévention. Il comprend deux aspects indissociables, l'un visant à protéger l'individu par une prise en charge médicale précoce et l'autre visant à protéger la société grâce à l'adoption par la personne de comportements de prévention.

### **7.2.2 Une augmentation des diagnostics positifs**

Le nombre de tests réalisés en France est important, de l'ordre de 7 millions par an, les centres de transfusion sanguine en réalisant plus de la moitié, suivi ensuite par les

---

<sup>34</sup> Langue vernaculaire principale du Mali, le bambara ou dioula est largement diffusé en Côte d'Ivoire, au Sénégal et au Burkina Faso

établissements de santé. Les praticiens libéraux en prescrivent 600 000 dont 60% à l'occasion des grossesses<sup>35</sup>.

En 2001, l'InVS estimait le nombre de sérologies confirmées positives dans une fourchette de 4200 à 4900, la proportion de femmes étant de 40%<sup>36</sup>.

Les CDAG représentent 8% de l'activité de dépistage, mais 15% des diagnostics positifs, les populations les fréquentant étant plus à risque de VIH. La proportion des résultats positifs avait fortement baissé, passant de 46,5 pour 1000 en 1988 à 3,8 pour 1000 en 1998. Depuis 1999 la tendance s'inverse. A Paris, l'analyse des bilans d'activité des CDAG<sup>37</sup> montre que la proportion des diagnostics positifs a augmenté à partir de 1998 après une décroissance continue : on est passé de 7,4 pour 1000 en 1998 à 11 pour 1000 en 2001. Cette tendance est liée à l'augmentation des diagnostics positifs chez les personnes originaires d'Afrique sub-saharienne contaminées par voie hétérosexuelle. Chez les femmes, cette proportion a doublé passant de 4,2 à 8,7 pour 1000 tests et dans la tranche d'âge 40-49 ans de 6,0 à 17,4 pour 1000. Cette augmentation n'est observée que chez les personnes ayant été contaminées lors de rapports hétérosexuels.

### **7.2.3 Mais un dépistage plus tardif dans ces populations**

Ceci ne veut cependant pas dire que le dépistage soit plus fréquent parmi les personnes venant d'Afrique au sud du Sahara. En effet, la méconnaissance du statut sérologique avant le sida est beaucoup plus fréquente chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne ainsi que le montre une étude de l'ORS en Ile-de-France qui montre que 63,5% d'entre eux ignoraient leur statut au moment du diagnostic contre 39% chez les Français<sup>38</sup>. Il en résulte donc un retard de prise en charge de l'infection à VIH avant le stade de sida.

Selon le Dr Ferraghi, l'un des blocages à effectuer le test est que pour beaucoup, la proposition d'être soumis à ce test équivaut à leur dire qu'ils ont le sida et entraîne de ce fait un refus. Pour lui, ce test sera accepté lorsque cela deviendra un prélèvement fait comme la glycémie.

---

<sup>35</sup> Ghimouz K. Approche épidémiologique et prévention à la consultation de dépistage anonyme et gratuit de Saint-Denis (93). *Migrations Santé* 1998 ; 94/95.

<sup>36</sup> Pillonel J, Laporte A. D'une maladie mortelle à une maladie chronique. *Adsp* 2002 ; 40 :18-23.

<sup>37</sup> Gouëzel P et al. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage du VIH, Paris, évolution 1998-2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2002 ; 43.

<sup>38</sup> ORS. Suivi de l'infection à VIH-SIDA en Ile-de-France. *Bulletin de santé* 2002 ; 6.

Ce phénomène est cependant atténué chez les femmes qui ont accès du fait des contrôles gynécologiques du suivi des grossesses à un dépistage plus fréquent qui est alors accepté sans problème.

## **7.3 LA PREVENTION SECONDAIRE**

### **7.3.1 De l'annonce de la séropositivité à la prise en charge**

L'annonce de la séropositivité est toujours un moment très difficile où le médecin doit envisager toutes les réactions possibles de la patiente. Il doit tenter de dépasser le moment présent et envisager l'avenir en proposant tous les moyens de soutien, psychologiques, médicaux et aussi sociaux. Il doit insister sur la nécessité de ne pas contaminer son ou ses partenaires et de pas se recontaminer. Selon le Dr Ferraghi, les réactions sont variables et dépendent de différents paramètres qui déterminent la réaction à la découverte. Un phénomène semble-t-il commun est que la migration ralentit les mécanismes psychiques. Et qu'il observe très souvent un phénomène de sidération. Il y aurait selon lui beaucoup à faire dans le conseil, les médecins ayant souvent peur de rester avec les personnes.

Il y a d'autre part souvent des problèmes de communication et un recours trop faible des structures à l'interprétariat professionnel qui pourrait être offert aux patientes.

### **7.3.2 Les lieux de la prévention secondaire**

La prévention à ce niveau passe par les mêmes structures que la prévention primaire, à savoir les associations et les structures de soin.

La prévention secondaire est un volet très important pour des associations qui prennent en charge des femmes immigrées vivant avec le VIH. Un certain nombre d'informations et de messages leur sont transmis.

- Ainsi à Ikambéré : *on leur dit : « vous êtes fragiles, la personne en face de vous a peut être d'autres pathologies qui sont dangereuses pour vous. Vous devez donc proposer le préservatif pour vous protéger vous-même. Vous risquez en effet de contracter une hépatite ou la syphilis ». Ici elles se protègent...sauf si elles deviennent enceintes.*

L'obstacle principal à la prévention pour une femme séropositive est la peur de proposer le préservatif : *« si je donne le préservatif, on dira que je suis malade ».*

### **7.3.3 Les thèmes de la prévention secondaire**

Un certain nombre de thèmes y sont abordés

1. Le dépistage du conjoint et/ou des partenaires sexuels qui doit être systématiquement proposé.
2. Les relations extraconjugales et la polygamie et ce sans jugement moral et dans le seul but de réduire le risque de diffusion de l'infection.
3. La sérodifférence qui pose toujours un problème difficile : s'il est relativement aisé d'avoir une relation protégée dans une relation extraconjugale, il est beaucoup plus complexe d'en parler dans le couple. Discuter de l'usage des préservatifs masculin et féminin est capital et demande du temps et de la disponibilité.
4. Le désir de maternité fait parti du projet de vie de nombreuses femmes immigrées séropositives. Quelles que soient les difficultés, ce désir doit être pris en compte et discuté. Se projeter dans un désir d'enfant est pour beaucoup de femmes le meilleur moyen de redonner sens à leur vie et il faut alors faire le maximum pour que cela se réalise dans des conditions de sécurité suffisantes. Expliquer les modes de transmission du virus de la mère à l'enfant et les modalités de réduction du risque est alors capital.
5. Le préservatif masculin et féminin.
6. L'accès à la prise en charge médicale dès la séropositivité.

## **7.4 LES MESSAGES ET LES MESSAGERS D'INFORMATION**

### **7.4.1 Les messages**

Selon Bernard Taverne, anthropologue de la santé interrogé à l'IRD de Dakar, un certain nombre de messages véhiculant des idées qui vont dans un sens positif en terme de santé publique peuvent être en fait contre-productifs. Il en est ainsi selon lui des messages faisant appel à la peur de la maladie et de la mort. En effet ces messages peuvent être lus sur le modèle inverse et bloquer les attitudes de prévention. Il est essentiel de lier les messages de prévention avec les possibilités de traitement et dire que le sida est devenu une maladie chronique lorsqu'il est traité, que le traitement est disponible et qu'il est pris en charge.

Les messages de prévention devraient déstigmatiser les personnes vivant avec le VIH et renforcer le lien social.

Selon Bennegadi<sup>39</sup>, président de Migration santé, de nombreux messages de prévention n'atteignent pas leur but parce que l'on ne prend pas suffisamment en compte la situation socioéconomique des populations visées, ni l'analphabétisme d'un certain nombre et l'absence de maîtrise de la langue française. Il est aussi important de tenir compte dans ces messages des schémas de représentation de la santé, du corps, de la maladie chez les différentes cultures présentes mais aussi des représentations qu'ont les migrants de la France, de sa culture, de ses structures médico-sociales et de son fonctionnement administratif.

Pour Didier Jayle<sup>40</sup>, il s'agit de proposer des modalités d'adaptation des comportements par rapport à un risque défini et non plus de faire peur. Les actions de prévention doivent être participatives. Pendant longtemps deux types de population ont été écartés de cette dynamique : les usagers de drogue d'une part et les migrants d'autre part. Les associations de migrants sont encore peu soutenues en terme de formation et de financement. Elles pourraient jouer un rôle analogue à celui des associations d'homosexuels qui ont été les artisans de leur propre prévention sur un mode identitaire.

#### **7.4.2 Des documents bilingues et un interprétariat**

La France n'avait pas coutume de baser ses interventions de santé publique sur des langues étrangères ou des dialectes. En 1998, le ministère chargé de la santé a pris la décision d'éditer et de diffuser des brochures sur le sida (disponibles maintenant en 21 langues) en partenariat avec Info Sida Migrants (ISM)-traduction.

Le ministère de la santé a aussi développé un programme de formation sur le VIH et les hépatites en direction d'interprètes. L'association ISM-interprétariat tient des permanences dans certaines administrations et dans les hôpitaux. Elle intervient aussi de façon ponctuelle pour des interprétations téléphoniques ou directes ainsi que dans le cadre de partenariat avec les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

#### **7.4.3 Radios locales et cassettes**

Les messages de prévention sont diffusés régulièrement via six radios, parmi les plus écoutées des populations d'origine africaine et maghrébine vivant en France. Ces programmes sont élaborés avec le ministère chargé de la santé, l'INPES et les animateurs.

---

<sup>39</sup> Bennegadi R. Editorial ; *Migrations Santé* 1998 ; 94/95.

<sup>40</sup> Jayle D. La prévention du sida : un instrument de changement social. *Transcriptase* 2002 ; 100 : 15-18.

Ce peuvent être des chroniques d'information sur la maladie, des plateaux d'invités ou des rencontres avec des personnalités du monde médico-social, du monde religieux, du monde du spectacle qui témoignent de leur engagement pour combattre le sida.

Des vidéocassettes ont également été produites, certaines obtenant un grand succès comme « Moussa le taximan » ou « Le truc de Konaté ».

#### **7.4.4 Les personnes relais, la médiation**

De multiples actions dirigées en direction des étrangers et migrants vivant en France, reposent sur le constat qu'une grande partie des migrants accorde un crédit de confiance important aux personnes issues de leur communauté. Basée sur ce constat, la politique des pouvoirs publics s'appuie sur un soutien aux actions de proximité menées par des « pairs » et aux actions de communication s'appuyant sur des canaux communautaires.

Depuis le début des années quatre-vingt dix, la fonction de personne relais a été l'un des points d'appui de la politique française de lutte contre le VIH en direction des migrants. L'Etat a soutenu la production d'outils d'information destinés à appuyer leur action : malettes, affiches, kits... Les évaluations de ces formations de relais sur le VIH ont constaté que cette fonction est très difficile à tenir sur la durée. Leur statut, le plus souvent bénévole ou très précaire est encore mal défini et peu valorisé au sein des communautés. Dans ce contexte d'une pathologie lourde et compliquée comme le sida, ces personnes devraient avoir des connaissances suffisamment pointues sur le sujet et être capables de gérer des situations sociales et psychologiques difficiles. Cela nécessiterait une véritable qualification professionnelle et non un simple stage de formation.

Depuis deux ans est engagé par la DGS un dispositif expérimental pilote pour former des médiateurs de santé travaillant ou devant travailler dans les associations. Cette formation est assurée par l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaine et tropicale (IMEA). Lors de chaque session qui dure seize semaines sont formées 21 personnes qui travailleront ensuite comme adulte relais dans les associations dont ils viennent.

Le but de la médiation est d'établir un lien entre les patients et les services de soin. Les médiateurs ou médiatrices vont favoriser le dépistage en amenant les personnes en consultation et en les informant. Il s'agit en fait à la fois d'un rôle de relais et de facilitation entre le patient et le soignant. Cette médiation permet de mieux coordonner les actions de prévention et de prise en charge, en particulier si les médiateurs participent à certains staff du personnel soignant et des travailleurs sociaux.

Par ailleurs, si une personne de la communauté peut plus facilement comprendre la patiente, se confier à elle peut être perçu, à tort ou à raison comme un risque de rupture de la confidentialité. Des personnes et des lieux plus extérieurs et plus neutres sont alors souhaitables.

## **8 - LA PRISE EN CHARGE ET LES SOINS**

### **8.1 ACCES AUX SOINS**

L'accès aux soins est d'autant plus précoce que l'accès aux droits est effectif. Le problème le plus difficile reste en effet le problème administratif et social et l'assistante sociale de l'hôpital a un rôle important à jouer pour faire accéder les femmes à l'AME lorsqu'elles ne peuvent relever que de ce dispositif. Les mesures qui avaient été envisagées de limiter l'accès aux soins auraient été très dommageables car il y aurait alors eu toute une population qui ne se serait plus protégée et ne l'aurait pas dit.

Selon la directrice d'Ikambéré, la prise en charge médicale se passe habituellement bien et les rapports médecins-malades se sont beaucoup améliorés depuis 1997. Les femmes ont dans l'ensemble une meilleure confiance en leur médecin. Il arrive que quelques-unes arrêtent, « *elles en ont marre, se révoltent et reprennent ensuite* ».

### **8.2 L'OBSERVANCE**

Une enquête a été effectuée en 2001 par le groupe IPPOTHES pour étudier l'observance des traitements chez les femmes dans l'infection à VIH.

Un échantillon de 699 femmes réparties dans 37 centres a été interrogé. Elles vivent souvent seules (58%) et la moitié des femmes sont sans travail, un tiers étant en précarité financière. Un tiers des femmes exprimaient un désir de grossesse. On retrouvait une co-infection par hépatite chez 28% d'entre elles. Environ un tiers étaient déprimées (11% d'entre elles ayant été hospitalisées en psychiatrie). Une proportion importante (42% étaient d'origine étrangère).

Dans l'échantillon, 72% recevaient une trithérapie. On notait 82% de bonne observance au traitement. Celle-ci n'était pas liée avec la situation maritale, la nationalité française, la date d'arrivée en France ou le fait de posséder ou non une carte de séjour. Le niveau d'étude et le fait de savoir lire ou écrire le français n'avaient aucune influence sur la bonne prise des médicaments.

Par contre une mauvaise adhésion au traitement était liée au fait d'être mal logées ou SDF (5%), on observait dans ce cas deux fois plus de risque de mauvaise adhésion au traitement (odd ratio [OR] =2,1). La même constatation était faite en cas de faible revenu ( inférieur à 543 euros par mois pour 36% des femmes): OR= 1,5. Une situation de précarité (observée chez 8,6% des femmes) était accompagnée d'une moindre observance : OR=2,49.

Les auteurs définissent plusieurs situations de vulnérabilité (chômage, alcool, tabac, toxicomanie, dépression). Si la femme présente au moins deux situations de vulnérabilité, le risque de mauvaise observance est accru : OR=3,81.

Plusieurs facteurs péjoratifs ont été mis en évidence, tel de fait d'avoir des enfants (OR=1,5) ou les contraintes par rapport aux repas (OR=3,16).

Quelques particularités du sida chez les femmes méritent d'être soulignées. C'est ainsi que la fréquence globale des effets secondaires des antiviraux paraît plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Ce phénomène qui aurait pu faire diminuer l'observance ne semble pas avoir eu d'effet.

### **8.3 DES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES FREQUENTES**

L'infection à VIH augmente la fréquence des pathologies gynécologiques. Elles sont dominées par les lésions du col de l'utérus. Plus de la moitié des femmes séropositives ont ainsi des anomalies cellulaires au frottis<sup>41</sup>. Les consultations gynécologiques devraient avoir lieu deux fois par an. Les choix contraceptifs doivent aussi être discutés en tenant compte de l'état sérologique, les perturbations métaboliques pouvant contre-indiquer les oestro-progestatifs.

### **8.4 LA GROSSESSE**

#### **8.4.1 Un dépistage plus précoce à l'occasion de la grossesse**

Dans l'étude du CISIH 93<sup>42</sup>, les femmes enceintes infectées par le VIH et nouvellement prises en charge ont fait l'objet d'une analyse séparée<sup>43</sup>. 35% des femmes étaient

---

<sup>41</sup> Heard I. Où sont les femmes. *Transcriptase* 2002 ; 100 : 36-49.

<sup>42</sup> Bentata M et al. Les patients VIH+ nouvellement pris en charge en Seine Saint Denis. Congrès européen du Sida. Athènes, octobre 2001.

<sup>43</sup> Delassus JL et al. Les femmes enceintes infectées par le VIH nouvellement prises en charge en Seine St Denis. Colloque VIH, femmes et enfants. Marseille 2002.



diagnostiquées à l'occasion d'une grossesse. Il y avait 80,7% d'Africaines parmi les femmes enceintes.

Comparées aux femmes non enceintes, les femmes enceintes étaient plus jeunes, avec un meilleur statut immunitaire, une moindre charge virale, moins fréquemment au stade sida, dépistée plus récemment et plus précaires (71%). Le suivi de ces femmes a révélé que 18% ont interrompu leur grossesse et que 94% de celles ayant accouché ont été mises sous traitement. Un seul bébé a été infecté, témoignant d'une transmission materno-fœtale inférieure à 1% et donc comparable à celle de la cohorte périnatale française.

#### **8.4.2 Une transmission mère-enfant contrôlée**

Lorsque la séropositivité est découverte à l'occasion d'une grossesse, la prise en charge thérapeutique est habituellement bonne et le traitement bien suivi jusqu'à l'accouchement. Le taux de transmission est tombé à 2% lorsque les stratégies de prévention sont mises en place. Ce succès tient à la qualité du dialogue entre migrants et soignants, à un accueil et à une écoute attentive des patientes par les équipes hospitalières et aussi par les associations. Le recours à l'interprétariat professionnel peut faciliter grandement la communication.

#### **8.4.3 De nombreuses perdues de vue après l'accouchement**

L'un des problèmes qui semble se poser est la perte de vue de certaines femmes qui après l'accouchement ne se feront plus suivre.

Peu d'informations sont disponibles, seulement des constatations par les équipes soignantes des centres hospitaliers. Selon eux, entre 20 et 50% seraient perdues de vue. Ce phénomène, insuffisamment étudié, traduit la difficulté de s'assumer séropositive pour une femme venant d'Afrique et vivant en France.

L'ANRS a financé en 2002 un projet de recherche dont l'objectif est de suivre les femmes séropositives après l'accouchement afin d'explicitier ce phénomène.

#### **8.4.4 L'interruption volontaire de grossesse possible**

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est possible jusqu'à 12 semaines. Depuis la suppression de l'article L 162-12 du Code de la Sécurité sociale le 15 juin 2000, une femme de nationalité étrangère n'a plus à justifier d'une résidence régulière d'au moins trois mois au jour de l'interruption de grossesse. La loi du 4 juillet 2001 autorise la jeune fille mineure, qui ne peut ou ne veut obtenir l'autorisation parentale, à procéder à une IVG à la condition de se faire accompagner par un adulte de son choix.

## **8.5 MEDECINES PARALLELES ET SECTES THERAPEUTIQUES**

Un phénomène relativement nouveau doit être décrit, celui de l'émergence dans les villes et communautés où vivent un certain nombre d'immigrés en provenance des pays africains de sectes thérapeutiques dans la mouvance des églises chrétiennes charismatiques. Ces églises sont très présentes en Afrique dans les pays de forêt et sur la côte, en particulier dans les capitales et grandes villes où la croissance démographique est forte et la société traditionnelle désorganisée.

Dans une ville comme Saint Denis, une trentaine d' «églisettes »<sup>44</sup> rassemblent pour la prière des ressortissants de pays comme le Congo, la Côte d'Ivoire ou le Cameroun. Elles apportent soutien et réconfort aux personnes en difficulté et en détresse, mais leur conception de la maladie est fondée sur la faute et le rachat. Les assemblées disent aussi avoir le pouvoir de guérir et elles rejettent souvent les traitements modernes, conseillant leurs adeptes de ne pas se traiter.

## **8.6 RETOURS TEMPORAIRES AU PAYS**

Rentrer dans leur pays pour revoir leur famille soulève souvent bien des problèmes. Pour celles qui vivent dans l'illégalité, cela est impossible sauf à renoncer à revenir en France et à se faire soigner. Pour celles qui ont régularisé leurs papiers et qui sont sous traitement, la difficulté est de ne pas interrompre le traitement lors de leur séjour. Il faut pouvoir emmener le stock nécessaire et le conserver sur place dans de bonnes conditions. Il serait souhaitable aussi d'avoir sur place un correspondant pouvant assurer le suivi et complications éventuelles de la maladie. Les équipes soignantes en France souhaiteraient disposer d'un annuaire des cliniciens prenant en charge le sida dans les villes africaines.

# **9 - ICI ET LA BAS**

## **9.1 LA DISPONIBILITE DES ARV DANS LES PAYS DU SUD**

### **9.1.1 Une disponibilité qui augmente**

Bien des patientes venues ici parce qu'elles se savaient séropositives ou qui ont découvert leur maladie en France auraient fait le choix de se faire soigner chez elles si elles en avaient eu la possibilité. Peut-on imaginer que cela soit réalisable dans un avenir proche ?

---

<sup>44</sup> D'après la dénomination d'un responsable d'Afrique Avenir travaillant sur ce sujet

La disponibilité des ARV dans les pays du sud a été mise à l'agenda des organisations internationales et des ministères de la santé des pays concernés il y a quelques années.

C'est l'un des axes de travail du Ministère français des Affaires Etrangères (MAE).

Dans un document publié en 2001<sup>45</sup> le ministère réaffirme son soutien à la politique globale de lutte contre le sida incluant la mise à disposition des ARV. Les moyens qu'il se donne : sont représentés par les Fonds de solidarité prioritaires (FSP) bilatéraux, soit 15 millions d'euros par an. Le financement repose aussi maintenant sur le fond mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour une somme de 150 millions d'euros sur trois ans, soit 50 millions par an, ce qui aboutit à une somme totale disponible à 65 millions euros par an.

La France plaide aussi pour que les pays en développement utilisent la marge de manœuvre budgétaire engendrée par l'initiative sur la dette dans les pays pauvres très endettés (PPT) pour mettre en œuvre dans le cadre des programmes stratégiques de réduction de la pauvreté, les actions de lutte contre le sida. Dix pour cent du montant de la remise de dette dans le cadre de l'initiative PPT pourra être affecté à la lutte contre le sida. Les chiffres annoncés sont très importants et l'on peut se poser des questions sur les capacités d'absorption de telles sommes par les ministères de la santé.

Le programme ESTHER, « Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau », assurera un tutorat des équipes hospitalières du sud par des équipes du nord afin de les former à la prise en charge thérapeutique des patients mis sous trithérapie. Le montant budgétaire alloué ce programme était de 9 millions d'euros en 2002.

Début 2003, environ 30 000 personnes étaient sous ARV. Le chiffre devrait passer à 200 000 en deux ans avec deux appels à projet du fond mondial. La montée en puissance est longue, il est plus difficile pour un pays de passer de 3 000 à 15 000 personnes traitées que de 15 000 à 50 000.

### **9.1.2 Une accessibilité limitée**

Actuellement les patients inscrits sur la file active de traitement doivent payer leur traitement dans le cadre des politiques de recouvrement des coûts menées par ces pays. C'est ainsi qu'en Côte d'Ivoire, ils doivent s'acquitter de 80 € par mois, au Mali de 60 € et au Cameroun de 10 €. Cela sans compter le suivi médical et les examens biologiques qui peuvent être estimée à au moins 30 €. Au total cela représente une somme qui varie de 40 à 90 € mensuellement qui est inenvisageable pour une famille vivant avec un budget souvent très réduit (un salaire moyen d'infirmier est au Mali d'environ 70 €). Même en faisant appel aux solidarités familiales un tel effort financier ne peut être soutenu très longtemps et le

---

<sup>45</sup> Ministère des Affaires Etrangères 2001. Politique de la coopération internationale de la France en matière de lutte contre le VIH/sida dans les pays en développement

traitement risque d'être interrompu au bout de quelques mois. Pour pouvoir parler d'accessibilité il faudrait tendre à une somme symbolique, c'est à dire à une quasi-gratuité.

Le coût des traitements avec des génériques se monte à environ 350 \$ par an pour les médicaments de première ligne. Avec des spécialités négociées avec les firmes il s'élève à environ 1000\$. On devrait arriver bientôt à 300 \$ par an, soit 25 \$ par mois.

On a pu constater en Côte d'Ivoire qu'un système mettant en concurrence les médicaments des firmes multinationales et les médicaments génériques permet de faire baisser les prix beaucoup plus significativement qu'un système basé sur une entente préalable entre les firmes et les autorités de santé<sup>46</sup>.

L'OMS a annoncé à Barcelone que 3 millions de personnes seraient sous traitement d'ici l'an 2005. Ce chiffre apparaît irréaliste à beaucoup. Il y aura vraisemblablement deux classes de pays, les pays intermédiaires comme l'Afrique du sud, la Thaïlande ou la Chine qui obtiendront des effectifs importants et des pays peu développés où la montée en puissance du programme sera limitée.

### **9.1.3 Un exemple pilote, le Sénégal**

L'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV) a fait l'objet d'une évaluation<sup>47</sup>.

Un des arguments que l'on avançait contre les antirétroviraux dans les pays du sud était que l'observance serait très mauvaise du fait des comportements des personnes elles même. Selon Bernard Taverne, il n'en est rien et les causes de l'inobservance sont à rechercher beaucoup moins dans les comportements des patients que dans l'inorganisation du système de soins et dans le prix des médicaments antirétroviraux encore beaucoup trop élevés.

Il s'agit de la première initiative gouvernementale en Afrique qui a débuté en août 1998. Il s'est agi au début d'un projet pilote avec 60 patients. En février 2003 il y avait 1000 personnes sous traitement dans deux hôpitaux de Dakar.

---

<sup>46</sup> L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Collection sciences sociales et sida. ANRS 2001, Paris.

<sup>47</sup> L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales. Collection Sciences sociales et sida. ANRS, Paris 2002.

### **Le Sénégal, pays pilote pour la distribution des antirétroviraux pour traiter le sida**

Avec une prévalence de 1% chez les adultes au Sénégal, il y aurait environ 75 000 personnes séropositives dont 20% devraient être sous traitement, soit 15 000 (chiffre théorique puisqu'il faudrait pour cela que tous se fassent dépister). L'objectif du gouvernement sénégalais est d'atteindre 7000 personnes sous traitement en 2006. Les problèmes ne seront pas tant budgétaires, puisque le financement serait obtenu grâce au Fond global contre le sida, qu'organisationnels. Posent problème les dysfonctionnements du système de santé, les pratiques «informelles » ainsi que la non-formation du personnel médical qui limitent l'accès au traitement. Un autre facteur limitant est représenté par l'accès limité au conseil et au dépistage (un seul centre anonyme et gratuit à Dakar, le coût d'environ 10 000 FCFA dans les laboratoires privés étant rédhibitoire). Enfin la confidentialité difficile à maintenir s'il faut faire appel à la solidarité familiale est aussi un obstacle majeur.

Le programme s'oriente vers une gratuité totale des produits ainsi qu'une gratuité des dosages des CD4 et de la charge virale, il ne reste à la charge des patients qu'une somme de 5 à 10 000 FCFA par mois pour les consultations et les autres examens biologiques. Cette dernière somme représente encore un frein puisque 60% des Dakarais ont un revenu inférieur à 350 CFA par jour. On s'est aperçu en effet que le recouvrement des coûts était une entrave importante à l'observance.

Le coût actuel des ARV représente 8% du budget de la santé. Leur mise en place ne s'est pas fait au détriment des autres programmes de santé ni de la prévention. Il y a peu on annonçait que ces traitements s'ils étaient instaurés absorberaient la totalité des budgets. Il n'avait pas été prévu alors une diminution de 90% du coût de ces médicaments dans certains pays du sud.

Encadré 2. Les antirétroviraux au Sénégal

## **9.2 UNE DISPONIBILITE NE GARANTISSANT PAS L' ACCESSIBILITE**

### **9.2.1 Disponibilité et accessibilité préviendront une émigration thérapeutique...**

Il ressort des entretiens que nous avons eus avec des personnes venues se faire soigner en France que la disponibilité et l'accessibilité de médicaments traitant le sida les auraient détournées de leurs projets de venir en France et leur aurait évité une rupture douloureuse avec leur milieu et donc un déracinement vécu très difficilement dans les conditions de fragilité physique et morale dans lesquelles elles sont plongées.

Toute l'aide apportée par la communauté internationale et par la France en particulier pour faciliter l'accès aux antirétroviraux devrait donc un effet très positif en permettant aux personnes atteintes de se faire soigner sur place.

### **9.2.2 ...mais ne peuvent aujourd'hui limiter l'accès au traitement en France**

A ce jour, l'accès au traitement dans les pays africains ne peut être accessible que pour une très petite minorité de personnes informées et capables de déboursier de façon régulière une somme non négligeable pour un budget familial moyen. Les lieux de traitement se limitent actuellement aux capitales et les files actives de traitement sont très réduites. Il est donc encore impossible de garantir à quiconque un accès assuré et à un coût tolérable aux antirétroviraux dans leur propre pays.

### **9.2.3 ...hormis dans le cas où il existe disponibilité et accessibilité pour tous.**

Un seul pays à ce jour, le Brésil, semble remplir ces conditions puisque les ARV sont fournis gratuitement à tous ceux qui en ont besoin.

## **10 - DECLINAISON DU PLAN TRIENNAL NATIONAL**

### **10.1 LE PLAN TRIENNAL NATIONAL 2001-2004**

Ce plan a opté pour des stratégies différenciées fondées sur des priorités épidémiologiques, c'est à dire en direction des groupes centraux dans la dynamique épidémique. Les groupes définis comme prioritaires sont les personnes qui vivent dans les départements français d'Amérique (DFA), les personnes migrantes, les personnes séropositives, les personnes homosexuelles et les usagers de drogues. Des programmes prioritaires doivent être développés dans les départements où l'épidémie est la plus prévalente.

#### **10.1.1 Les objectifs**

Les objectifs affichés sont de :

1. réduire les inégalités d'incidence du VIH existant entre la population française et la population étrangère vivant en France ;
2. diminuer les risques par rapport à la société d'origine lorsque la prévalence y est élevée ;
3. améliorer l'accès à l'information tant en matière de prévention primaire qu'en matière de prévention secondaire, notamment pour les femmes étrangères ;
4. améliorer et simplifier l'accès effectif aux droits sociaux connexes de l'accès aux soins.

#### **10.1.2 Les propositions**

Un certain nombre de propositions ont été faites, comme :

1. s'adresser aux migrants à travers les campagnes de communication grand public : il faut maintenir le dispositif de communication et de prévention en population générale et l'adapter aux différents ages, sexes et cultures ;
2. Lutter contre la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH  
Cette lutte pour une bonne intégration doit se faire dans l'ensemble de la population, dans le milieu du travail et aussi dans le milieu des migrants. Les messages sont ici essentiels, le sida est une maladie que l'on traite et qui de ce fait n'est plus synonyme de mort ;
3. poursuivre les programmes privilégiant les méthodologies d'action communautaires ;
4. utiliser les services de soins primaires auxquels ont recours les migrants ;

5. simplifier les mesures administratives d'accès aux droits ;
6. améliorer la connaissance de la situation épidémiologique ;
7. développer une stratégie spécifique en direction des femmes, comme levier pour le développement de la prévention, l'accès au dépistage et aux soins.

### **10.1.3 Les moyens**

Les moyens pour la mise en œuvre de ce plan étaient de 65,5 millions d'euros sur le budget du Ministère de l'emploi et de la solidarité en 2002 (en dehors du secteur hospitalier et de la sécurité sociale). Environ 2 millions d'euros étaient consacrés à des actions spécifiques VIH en direction des populations étrangères dont 640000 euros sur des crédits de communication.

### **10.1.4 Particularités pour les femmes migrantes**

Il n'est pas question d'élaborer un programme spécifique pour les femmes venant des pays d'Afrique subsaharienne. Les actions envisagées doivent concerner toutes les catégories d'immigrées et pas seulement les Africaines, même si dans le département il faut pour des raisons épidémiologiques focaliser les interventions sur les communautés les plus nombreuses.

Il s'agit aussi de penser l'action en terme d'équité et pas seulement de péril. Le sida est certes un danger pour l'ensemble des habitants mais il importe principalement de ramener la dynamique de l'épidémie dans ces populations à ce qu'elle est en France chez les nationaux. Cela implique de considérer la prévention dans un cadre d'éducation à la santé plus vaste et aussi de faciliter un accès aux droits qui permette la prophylaxie et l'accès aux soins.

L'essentiel des actions passe au travers d'associations émanant des communautés migrantes elles même. Elles sont au plus près des individus concernés et auront un rôle irremplaçable. Néanmoins cette délégation ne doit pas être synonyme d'un désengagement des institutions qui doivent au contraire guider et soutenir ces interventions de santé publique.

## **10.2 DECLINAISON DU PLAN NATIONAL DANS LE 93**

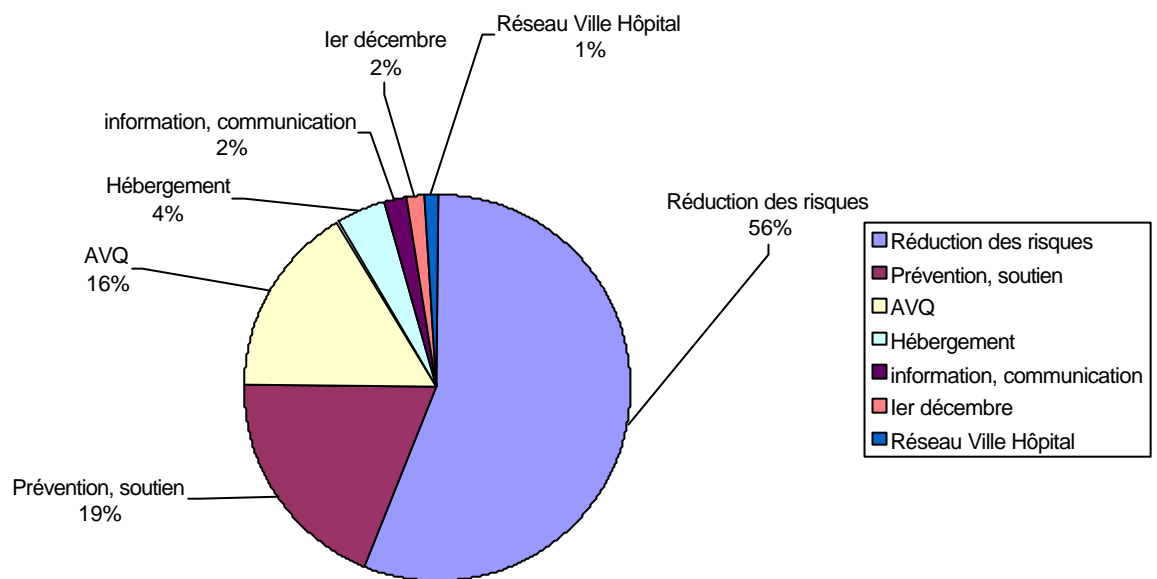
### **10.2.1 La DDASS maître d'œuvre de l'enveloppe 47-11-70**

Pour le sida, le département dispose d'une enveloppe budgétaire de 1 986 244 euros.



Une partie importante (56%) est orientée sur la réduction des risques de sida chez les toxicomanes au travers d'associations (Figure 4). La responsabilité de la toxicomanie a considérablement diminué du fait de l'action entreprise et des modifications des consommations. Cependant l'action de ces associations sur le terrain peut difficilement être réduite, sauf à les voir disparaître. Elles ont aussi une action de prévention sur le virus de l'hépatite C (VHC) qui représente maintenant un problème de santé plus important pour cette population. Elles sont par ailleurs orientées exclusivement sur ce type d'actions et pourraient difficilement intervenir sur d'autres publics.

Figure 4. Répartition des crédits 47-11-70 dans le 93



Un nouveau terrain d'intervention pourrait être pour certaines associations celui des migrants injecteurs de drogues intraveineuses venant d'Europe de l'Est qui sont à risque de VIH et de VHC.

Le soutien aux autres associations et l'aide à la vie quotidienne constituent un autre mode d'intervention. Le financement des ACT est maintenant passé à l'assurance maladie et il ne reste plus que l'hébergement d'urgence à financer.

Il est peu vraisemblable que des crédits supplémentaires puissent être alloués dans le domaine de la prévention du sida. Il s'agit donc de bien analyser et évaluer l'efficacité des actions en cours et discuter de l'opportunité de diminuer ou réorienter certaines d'entre elles.

## **10.2.2 Prévention primaire**

### 10.2.2.1 Actions d'information et de proximité

La DDASS veillera à soutenir ces actions dans les communautés de migrants afin notamment de lutter contre l'exclusion dont sont victimes les personnes séropositives au sein de ces communautés. Ces actions passent par les associations de migrants qui toutes ont une action particulière sur telle ou telle communauté. L'un des rôles du médecin inspecteur est de les coordonner, de les conseiller et de les superviser.

### 10.2.2.2 Améliorer l'acceptabilité du préservatif

La norme préventive est de protéger les relations sexuelles entre deux partenaires de statut sérologiques inconnus ou de statut différent ou alors dans une relation débutante.

Il est important de responsabiliser tous les partenaires dans la prévention et pas seulement les séropositifs.

Il s'agira de promouvoir l'information et l'accès aux préservatifs masculins et féminins en impliquant les professionnels, producteurs, distributeurs et pharmaciens.

Il importe aussi de mettre à disposition gratuitement ou à un moindre coût des préservatifs masculins et surtout féminins auprès des populations vulnérables ou précarisée grâce à un soutien de l'Etat et en partenariat avec l'INPES.

Des réunions organisées par la DDASS et réunissant les thérapeutes, les distributeurs pharmaciens, un certain nombre de vecteurs d'information locaux ainsi que les associations pourraient permettre de dynamiser le processus

.

## **10.2.3 Prévention secondaire, prise en charge des femmes séropositives,**

### 10.2.3.1 Aborder la question de la procréation et de la contraception avec les femmes séropositives

Cette question doit être abordée avec la femme ou le couple sans jugement préalable en s'adaptant à la situation et aux désirs de la personne et en fonction de l'évolution de la maladie. Les services hospitaliers, les PMI, les consultations de gynécologie et les centres de planning familial du département ont un rôle important dans cette activité de conseil médical.

#### 10.2.3.2 Soutenir les personnes séropositives dans le maintien de leur vie sexuelle

L'apparition des trithérapies a, avec l'amélioration physique qu'ils ont apportée, permis un réinvestissement de la sexualité et des projets parentaux.

La plus grande fréquence des rapports non protégés chez les personnes se sachant séropositives a été mise en évidence depuis bientôt dix ans<sup>48</sup>. Ceci témoigne de difficultés propres de ces personnes en matière de sexualité et de prévention.

Il importe d'accroître le niveau de protection des relations sexuelles de ces personnes avec leur partenaire et de lutter contre leur isolement affectif. Il s'agit aussi d'associer le conseil sur la procréation et la contraception.

#### 10.2.3.3 Consultation d'observance par les infirmières ou les aides soignantes

La consultation médicale dans les structures de soins ne suffit souvent pas à donner aux femmes toutes les informations dont elles ont besoin, ni de répondre à toutes leurs questions. Mettre en place des consultations avec des infirmières et /ou des aides soignantes pour aider les femmes à résoudre des problèmes très pratiques de traitement pourrait être un moyen d'aboutir à une meilleure observance. Un tel dispositif pourrait être établi à titre expérimental dans l'un des centres hospitaliers du département recevant le plus de personnes vivant avec le VIH.

#### 10.2.3.4 Une prise en charge multidisciplinaire

Ce type d'approche permettrait d'envisager dans un même temps les problèmes sociaux et médicaux. C'est ainsi qu'à l'hôpital Avicenne existe un dispositif « Sida et migrations » où infectiologues, acteurs sociaux, psychiatres, infirmières, psychologues, linguistes, anthropologues travaillent en équipe. Ce dispositif à géométrie variable est susceptible de répondre à la spécificité des patients tout en évitant la stigmatisation. Il fonctionne en formant des groupes de trois avec le patient, le secret est partagé. Il est fait un usage simultané mais non obligatoire des étiologies traditionnelles et des représentations culturelles de la maladie et des soins.

#### 10.2.3.5 Améliorer l'accessibilité au traitement après exposition

Le traitement en cas d'exposition au sang ou à un autre liquide biologique a été étendu à tous les types d'exposition (sexuelles, par partage de matériel d'injection, blessures) par la

---

<sup>48</sup> De Vincenzi I, et al. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *New England Journal of Medicine* 1994; 331: 341-6.

circulaire DGS/DH/DSS du 9 avril 1998. Ces dispositifs sont encore peu connus, il importe de permettre que les personnes ayant pris un vrai risque consultent et bénéficient d'un traitement en évitant de banaliser la démarche et de relâcher les comportements préventifs.

#### **10.2.4 Accès aux droits**

##### 10.2.4.1 Le maintien sur le territoire

Le nombre de personnes demandant à rester sur le territoire du fait du VIH est plus important dans le département de Seine St Denis que dans les autres départements hormis Paris. Il importe de traiter les dossiers le plus rapidement possible afin de ne pas retarder la délivrance de l'APS. Les demandeurs sont reçus individuellement par une infirmière de la DDASS qui s'assure que le dossier est complet et contacte éventuellement les médecins des patients. Le dossier est ensuite montré au médecin inspecteur de la santé qui émet un avis. L'une des particularités de la DDASS 93 est que toutes les personnes sont reçues par une infirmière. Cela représente une charge de travail importante mais permet un traitement rapide des dossiers et permet aussi d'appréhender de façon plus juste la situation sociale et familiale des patients.

##### 10.2.4.2 L'accès au logement

Les appartements de coordination thérapeutiques, les ACT, représentent une solution à court ou moyen terme pour des femmes seules ou avec enfants. Elles y bénéficient d'un soutien médical et psychologique réel. L'un des rôles du MISP est d'en contrôler le bon fonctionnement.

#### **10.2.5 Acteurs et méthodes**

##### 10.2.5.1 Les services de soins primaires, les PMI, les services d'obstétrique

La prévention, le dépistage et la prise en charge médicale sont d'abord accessibles dans les structures de proximité utilisées par les femmes. Il importe de les inclure dans les procédures à tous les stades de la prévention et du traitement.

#### 10.2.5.2 Privilégier les méthodologies d'action communautaire

Il s'agira de mettre en place des actions très spécifiques et ciblées, en privilégiant les interventions par des pairs. Des permanences dans des lieux stratégiques institutionnels ou associatifs pourraient être établies et pourraient inviter des médecins à venir. Dans leur programme devrait figurer l'information et l'éducation à la santé. Des interventions dans les foyers de migrants avec des personnes salariées, des médecins et des volontaires peuvent exposer la problématique du sida.

#### 10.2.5.3 Développer le tissu associatif

Les associations sont les opérateurs principaux et adaptent les orientations nationales. Elles peuvent expérimenter des formes nouvelles d'intervention. Elles ont aussi un rôle d'alerte des pouvoirs publics.

Elles vont développer des actions de proximité et des actions de communication.

Il faudra veiller à inscrire leur action dans un protocole de contractualisation avec des critères inscrivant leur action dans la programmation du département et dans une logique commune. Il est aussi intéressant de privilégier les conventions triennales afin d'assurer une pérennité suffisante aux actions.

#### 10.2.5.4 Les partenariats

Un certain nombre d'institutions ou d'organisations interviennent dans le domaine du sida, soit directement, soit par des actions plus vastes qui englobent aussi cette problématique.

La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) est un partenaire majeur, qui finance maintenant les ACT et les CSST.

Le Conseil Général intervient dans la prévention via les CDAG et les PMI.

La Délégation à la ville embauche un certain nombre d'adultes relais intervenant sur des actions de santé.

Le Fond d'action sociale d'intégration et de lutte contre les discriminations (FASILD) sous la tutelle du Ministère des Affaires sociales a initié des actions de santé dans les foyers de migrants. Elles ne peuvent concerner directement le sida mais des mesures de prévention des IST peuvent être entreprises et par ce biais la prévention du sida..

La Direction Populations et Migrations (DPM) du Ministère des affaires sociales est un interlocuteur privilégié pour toutes les interventions concernant les mouvements de population.

Le CRIPS intervient au niveau de l'information et de la formation.

Les réseaux Ville Hôpital permettent des échanges entre la prise en charge hospitalière et le milieu de vie des patients. Leur collaboration est donc importante pour une meilleure intégration de tous les niveaux de soin.

#### 10.2.5.5 Les actions de lutte contre le VIH réalisée dans le cadre des PRAPS et des ASV

Un certain nombre d'actions d'information et de formation effectuées par des associations travaillant pour les migrants sont financées par le PRAPS. Il en est ainsi de programmes en direction des résidents de migrants (Migration et santé, AFTAM, la Contremarque..).

D'autres actions contre le sida sont incluses dans des programmes d'animation de santé s'inscrivant dans le cadre des Ateliers Santé Ville (ASV).

Il serait important que tous ces dispositifs soient évalués et supervisés avec la même méthodologie par les mêmes personnes. Les associations utilisent fréquemment les divers guichets qui leur sont offert et il est parfois difficile d'avoir une vision d'ensemble des projets. La tutelle qui exerce son droit de regard sur les actions quelle finance au travers de différents services, peut avoir des difficultés à coordonner ces programmes.

#### **10.2.6 Former le personnel de soins ainsi que les associations à la prévention**

Les différents intervenants doivent pouvoir partager leurs expériences. Il est aussi important de les superviser et de les conseiller.

Les responsables de projet devraient bénéficier d'un soutien méthodologique à l'élaboration et au suivi des projets. Il est aussi essentiel de pouvoir mettre en réseau les différents partenaires et de coordonner les actions.

Les acteurs de la prévention devraient bénéficier d'une formation de base et d'une formation continue. De telles formations peuvent être offertes par un organisme comme le CRIPS Ile-de-France.

Il importe aussi de favoriser les échanges de savoir-faire inter-associatifs et interprofessionnels.

#### **10.2.7 Une dynamique d'aide et de solidarité vers le Sud**

En Seine St Denis, l'initiative ESTHER jumelle l'hôpital de Saint Denis avec l'hôpital régional de Kayes au Mali. Kayes est l'une des régions d'Afrique qui fournit le plus gros contingent d'immigrés en France. La démarche migratoire est là bas considérée comme une tradition initiatique chez les jeunes. De nombreux échanges ont lieu entre les communautés d'immigrés et leur pays. C'est ainsi que sont financées de nombreuses associations de santé dans les villages d'origine. L'initiative contribuera à améliorer la prise en charge des patients atteints par le VIH en formant les médecins de la région au diagnostic et à l'administration

d'antirétroviraux qui seront au début donnés par le programme avant que le Fond mondial contre le sida ne prenne le relais. Il fournira aussi du matériel de laboratoire et une assistance technique ponctuelle. Il doit aussi s'articuler avec l'extérieur de l'hôpital. En effet un programme qui ne prendrait pas en compte la société civile et la problématique de la prise en charge par la société serait vraisemblablement voué à l'échec. Un problème majeur est celui de l'accessibilité réelle au traitement. En plus du coût du traitement, il faut compter les examens, les maladies intercurrentes, les visites médicales, soit au moins 30 € en plus du coût des ARV.

Il sera important de travailler avec les milieux associatifs en amont et en aval.

Une association travaillant dans le département sera particulièrement concernée. Il s'agit du GRDR qui travaille déjà avec les communautés immigrées de cette région. Il fait déjà la promotion de la santé dans des communautés d'immigrés bien structurées comme les foyers. Il est tout à fait important qu'il y ait une cohérence du message de prévention ainsi que de la prise en charge ici et là-bas.

#### **10.2.8 Une problématique commune avec Paris**

La DASS de Paris, en collaboration avec la DDASS du 93 a entrepris une démarche pour coordonner les actions contre le sida en direction des populations migrantes. Les populations sont souvent les mêmes de part et d'autre du périphérique et les associations agissent souvent dans les deux départements. Il est donc intéressant de coordonner et de fédérer les actions afin qu'elles se potentialisent.

Un groupe de travail est en train de se former pour travailler sur la prévention en direction des migrants.

#### **10.2.9 Mettre en place d'un dispositif de suivi et d'évaluation**

Il est indispensable de pouvoir suivre le dispositif en mettant en place des indicateurs budgétaires, des indicateurs d'activité et aussi de résultat. Un certain nombre de dispositifs nationaux existent tels que les systèmes de surveillance des attitudes et des comportements, de la surveillance épidémiologique. Ils pourraient être complétés par des enquêtes adaptées à la problématique du département. Il importe d'y associer des représentants des institutions comme l'InVS et l'ANRS.

Il est aussi de l'intérêt des services déconcentrés de l'Etat de proposer des axes de recherche aux instituts de recherche travaillant en Seine St Denis afin d'éclairer et de guider l'action.

## 11 - CONCLUSION

L'augmentation des cas de VIH/sida parmi les femmes venant d'Afrique au sud du Sahara alors que l'épidémie régresse dans le reste de la population pose un problème de santé publique dans le département de Seine St Denis.

Plusieurs raisons peuvent expliquer le phénomène : la venue en France de femmes déjà contaminées, le sachant ou pas, et la contamination en France de femmes indemnes. Les outils épidémiologiques dont nous disposons ne permettent pas de faire la part des choses et de quantifier les deux mécanismes.

S'il n'était jusqu'à présent guère facile de faire un diagnostic exact de la situation faute de données relatives aux origines des patients, la mise en place d'un nouveau système de déclaration obligatoire de la séropositivité devrait permettre d'avoir une appréciation plus exacte de l'épidémie et de sa dynamique.

Il est cependant possible dès à présent de travailler à l'élaboration d'un programme visant à contrôler l'épidémie. Une stratégie en direction des femmes immigrées pourrait être un levier pour la prévention générale.

Offrir un accès aux soins aisé aux personnes qui sont dans une situation difficile et parfois irrégulière est une condition nécessaire à la crédibilité d'un programme de prévention. Il est possible d'utiliser pour cela les services de soins primaires auxquels ont recours les migrants, notamment les femmes, comme les PMI et les services d'obstétrique. Il faudra aussi poursuivre les programmes privilégiant les méthodologies d'action communautaires. Les associations au contact avec les immigrés auront un rôle capital lors de cette approche. Elles peuvent aider à lutter contre la stigmatisation des personnes séropositives, au sein et à l'extérieur de leur communauté. Elles peuvent être aussi à même d'améliorer la connaissance des déterminants de la contamination ainsi que celle des freins qui empêchent les populations migrantes à prendre en compte de façon satisfaisante leurs problèmes de santé.

Dans le but de rendre les soins accessibles, il importe de simplifier les mesures administratives d'accès au droit et de faciliter au maximum les démarches pour régulariser les situations. Avoir des papiers, un logement et du travail reste la préoccupation primordiale et légitime de ces femmes.

Nous n'avons pas d'arguments solides pour dire que l'émigration thérapeutique représente une menace pour notre système de santé. Mais la mise à disposition d'antirétroviraux à faible coût dans les différents pays d'Afrique permettra dans un futur proche d'apporter une solution aux personnes contaminées dans leur pays et leur épargnera une émigration sans autre projet que thérapeutique et de ce fait toujours vécue douloureusement.



Le domaine de compétence et d'intervention des médecins inspecteurs de santé publique n'est de toute façon pas de décider de la politique d'immigration mais d'assurer l'accès à la prévention et aux soins à la population présente sur le territoire national.

Le rôle du MISP est important à tous les niveaux des programmes de lutte contre le sida, en particulier lors des actions dirigées sur les femmes immigrées. Il peut orienter les choix budgétaires en fonction des données épidémiologiques du département et guider les actions. Enfin il coordonne et mobilise les différents acteurs tout en veillant à leur bonne formation.

---

# Bibliographie

---

## Articles

BENNEGADI R. Editorial ; *Migrations Santé* 1998 ; 94/95.

BOURDILLON F, LOMBRAIL P, ANTONI M, et al. La santé des populations d'origine étrangères en France. *Social Science and Medicine* 1991 ; 32 : 1219-1227.

BUEKENS P. Faut-il étudier la santé des communautés immigrées ? *Rev Epidemiol Santé Publ* 2001 ; 49 ;409-11

CURTIS R, PATRICK D. Race and survival time with AIDS: A synthesis of the literature. *American Journal of Public Health* 1993; 83: 1425-1428.

DENIAU F. Actualité du préservatif en Afrique. *Cahiers Santé* 1997 ; 7 : 405-415.

DE VINCENZI I, et al. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *New England Journal of Medicine* 1994; 331: 34

FASSIN D. L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida. *Sciences sociales et santé* 1999 ; 17 : 5-36.

FASSIN D. Une double peine. La condition sociale des immigrés malades du sida. *L'homme* 2001 ; 160 :137-162.

GILLOIRE A. Les catégories d' « origine » et de « nationalité » dans les statistiques du sida. *Hommes et Migrations* 2000 ; 1225 :73-82.

GHIMOUZ K. Approche épidémiologique et prévention à la consultation de dépistage anonyme et gratuit de Saint-Denis (93). *Migrations Santé* 1998 ; 94/95.

GOUËZEL P et al. Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), bilan d'activité du dépistage du VIH, Paris, évolution 1998-2001. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2002 ; 43.

GRÉMY I, BELTZER N, VONGMANY N et al. Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au sida en Ile-de-France, Evolutions 1992-1994-1998-2001, ORS Ile-de-France, décembre 2001.

HEARD I. Où sont les femmes ? *Transcriptase* 2002 ; 100 : 36-49.

ISAM I. VIH et les autres. *Métisse, Lettre de l'AIEP* 2000 ; 4 :20-23

JAYLE D. La prévention du sida : un instrument de changement social. *Transcriptase* 2002 ; 100 : 15-18.

LOMBRAIL P. A propos des liens entre santé et migration. *Sciences Sociales et Santé* 1999 ; 17 :37-44.

MOATTI JP, DAB W et le groupe KABP France. Quelques leçons des enquêtes françaises sur la perception sociale de l'infection à VIH : de la tolérance normative à la discrimination rampante. Connaissances, représentations, comportements. *Sciences Sociales et prévention du sida* 1994 :11-26.

MRC study group. Ethnic differences in women with HIV infection in Britain and Ireland. *AIDS* 1996; 10: 89-93

PILLONEL J, LAPORTE A. D'une maladie mortelle à une maladie chronique. *Adsp* 2002 ; 40 :18-23.

SOUVILLE M, MORIN M, OBADIA Y et al. Médecine de ville et personnes atteintes, une tolérance fragile. *Le journal du sida* 1999 ; 112-113 : 26-29.

TRACHET F, DIALLO MA. Les représentations de l'infection à VIH et de la maladie du sida dans une population migrante d'Afrique de l'Ouest. *Migrations et santé* 1994 ; 80 :75-89.

## **Colloques**

BENTATA M et al. Les patients VIH+ nouvellement pris en charge en Seine Saint Denis. Congrès européen du Sida. Athènes, octobre 2001.

DELASSUS JL et al. Les femmes enceintes infectées par le VIH nouvellement prises en charge en Seine St Denis. Colloque VIH, femmes et enfants. Marseille 2002.

## **Ouvrages**

DELFRAISSY JF. Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Rapport 2002. Flammarion, Paris 2002.

HAZAN E. L'invention de Paris. Le Seuil, Paris 2002.

HCI. Pour un modèle français d'intégration. Premier rapport annuel du Haut Conseil à l'intégration. Paris : La Documentation française 1991.

INSEE. Les immigrés en France. Paris : Série Contours et Caractères Paris 1997.

L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Collection sciences sociales et sida. ANRS 2001, Paris.

L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales. Collection Sciences sociales et sida. ANRS, Paris 2002.

LA BEDOLLIERE. Les Industriels, Paris 1842.

SIMON P. La catégorisation statistique des immigrés : analyse des inégalités et lutte contre les discriminations. Sida, immigration et inégalités. ANRS, collection Sciences sociales et sida 2002.

VILLERME. La Mortalité en France dans la classe aisée, comparée à celle qui a lieu parmi les indigents. Paris 1927.

## **Rapports- Numéros spéciaux**

Ikambéré. Rapport sur la vie quotidienne 2003.

VALIN N, BLANCHON T, LOT F. Trajectoires et accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne prises en charge pour leur infection VIH dans les hôpitaux d'Ile-de-France. SIDA, VIH et IST : état des lieux des données en 2002. InVS 20 novembre 2002.

Ministère des Affaires Etrangères 2001. Politique de la coopération internationale de la France en matière de lutte contre le VIH/sida dans les pays en développement.

OMS. Fact Sheet N° 242. Juin 2000.

ORS. Suivi de l'infection à VIH-SIDA en Ile-de-France. Bulletin de santé 2002 ; 6.

PILLONEL J et al. Dernières données disponibles sur la surveillance du Sida. SIDA, VIH et IST : état des lieux des données en 2002. InVS 20 novembre 2002.

---

# Liste des annexes

---

**Annexe A Liste des personnes rencontrées**

**Annexe B Grille d'entretien**

**Annexe C Adresses des associations et organisations citées**

## Annexe A : liste des personnes rencontrées

ANTOINE Geneviève	DRASSIF
BENTATA M.	Hôpital AVICENNE
BOULAY Christian	Ministère des affaires étrangères
CHARDIN Catherine	DGS
COMITI Pierre Vincent	DPM
DELLASSUS Jean-Louis	Hôpital de MONTREUIL
DUFRICHE Jean	DRASSIF
Femmes d'Ikambere	Association IKAMBERE
FERRAGHI M	CSST de l'hôpital AVICENNE
GOUDJO Abdon	CRIPS
GOYE Frédéric	Ministère des affaires étrangères
JAYLE Didier	CRIPS
LOSSOUARN Marc	MISP, pole sanitaire, DDASS 92, Nanterre
MBIRIBINDI Romain	Association Afrique Avenir
MECHALI Denis	Hopital de St Denis
MERLE Christian	MISP, Actions sida, DASS Paris
RWEGERA Bernadette	Association Ikambere
TAVERNE Bernard	IRD Dakar
WEISS Arnault	COMEDE

## Annexe B : grille d'entretien

### GRILLE D'ENTRETIEN ENVERS LES PROFESSIONNELS

#### I. Explication du phénomène

1. Y a-t-il selon vous une augmentation du nombre d'étrangers VIH+ ou ayant le sida ?
2. De quels pays ?
3. Cela touche t-il plus les femmes ?
4. Quelles en sont selon vous les raisons ?
  - hypothèses : augmentation du nombre des immigrantes séro positives se sachant ou non contaminées, regroupement familial, polygamie, venues seules ?
  - augmentation de la contamination en France
5. Y a-t-il des situations et comportements à risque particuliers ?

#### II. La prise en charge des malades VIH et sida

1. Les circonstances de découverte : à quel moment par rapport à l'arrivée sur le territoire
2. Rôle des structures dépistage grossesse et PMI
3. Le traitement préventif transmission mère-enfants
4. Le passage aux trithérapie
5. La prise en charge : CMU, AME
6. Les perdues de vue

#### III. Le dépistage

1. Quels sont les dispositifs en place pour favoriser le dépistage ?
2. Sont ils suffisants et adaptés à ces populations ?
  - ce qui marche
  - ce qui ne marche pas
3. Peut on les améliorer et comment pour favoriser un dépistage plus précoce ?
4. Quel est votre rôle dans ces dispositifs ?



## IV. La prévention

### Primaire

1. Pensez vous que les migrants sont bien informés des risques ?
2. Pensez vous que les messages actuels sont bien conçus ?
3. Sont ils écoutés et entendus ?
4. Pourrait on améliorer leur impact et leur efficacité ?

### Secondaire

1. Y a-t-il des messages spéciaux pour celles qui sont déjà contaminées ?
2. Comment est organisée la prise en charge de la séropositivité ?
3. Peut on l'améliorer ?
4. Quel est ou quel pourrait être votre rôle dans les dispositifs de prévention primaire et secondaire

### Tertiaire

1. Les dispositifs de prise en charge de la maladie déclarée sont ils bien adaptés pour ces populations?
  - au niveau hospitalier
  - au niveau de la médecine de ville
  - au niveau social
2. Quel est votre rôle dans ces dispositifs de prise en charge de la maladie ?

## V. Le maintien des étrangers pour raison médicale

1. Quantification du phénomène et tendance
2. Part du VIH dans le dispositif
3. Evaluation du dispositif :
  - ce qui marche,
  - ce qui ne marche pas
4. Que pensez vous de ce dispositif en terme d'efficacité, d'équité ?
5. Est il appliqué par la préfecture ? Comment se passe la prise en charge : CMU, AME...
6. Quel est le rôle du médecin inspecteur dans ce dispositif ? En êtes vous satisfait ?
7. Comment exploite t-on les informations recueillies ?
8. Avez vous des retours de la part du Ministère ?

## **ANNEXE C : Adresse des organisations et associations citées**

Afrique Avenir	105 rue Villiers de l'Isle Adam 75020 Paris
CISIH 93	Hôpital Jean Verdier, avenue du 14 juillet, 93143 Bondy
COMEDE	Hopital de Bicêtre BP 31, 94272 Le Kremlin Bicêtre
CRIPS	33 avenue du Maine, 75015 Paris
Femmes Relais	Maison de Quartier Daniel Balavoine 18 av Leon Blum, 93140 Bondy
GRDR	20 rue Voltaire, 93100 Montreuil
IKAMBERE	5 rue Virgil Grison 93200 St Denis
IRD Dakar	BP Dakar, Sénégal
La Contremarque	Allée JF Champollion, 93130 Noisy le Sec
Sida Info Service	190 bd de Charonne 755020 Paris