



Liberté . Égalité . Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**Ministère de la santé,
et de la protection sociale**

Direction Générale de la Santé

**Direction de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins**

**PROGRAMME NATIONAL
DE LUTTE CONTRE
LE VIH/SIDA
EN DIRECTION
DES ETRANGERS/MIGRANTS
VIVANT EN FRANCE
2004/2006**

**PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH
EN DIRECTION DES ETRANGERS/MIGRANTS VIVANT EN FRANCE
2004/2006**

SOMMAIRE

I. Les migrants vivant en France: une priorité au vu des données épidémiologiques sur le VIH relatives aux étrangers.....	p. 4
II. Les étrangers/migrants vivant en France : les objectifs prioritaires de santé publique	p. 6
II.1. Réduire le retard au dépistage en améliorant son accessibilité, notamment pour la population masculine	
II.2. Réduire la transmission du VIH au sein de cette population	
II.3. Assurer la qualité de la prise en charge médicale et l'adhésion aux traitements	
II.4. Améliorer la qualité du suivi et les modalités d'évaluation du dispositif	
III. Les stratégies	p. 7
III.1 Les principes généraux	
Tenir compte de la diversité - Se garder des stéréotypes - Identifier une diversité de relais	
III.2 Une stratégie à double niveau	
III.2.1 Agir en direction des migrants en tant que composante de la société française multiculturelle	
III.2.2 Agir en direction des migrants en tant que groupes spécifiques	
IV. Les axes du programme	p. 9
IV.1. Améliorer l'accès au dépistage	p. 9
IV.1.1. Identifier les structures de soins primaires pertinentes à mobiliser	
IV.1.2. Définir des modalités de mobilisation possibles de ces services	
IV.2. Améliorer la prévention	p. 10
IV.2.1. S'adresser aux migrants à travers les campagnes de communication générale sur le VIH, afin d'améliorer la visibilité de ces populations.....	p. 10
IV.2.2. Utiliser des supports de communication spécifiques au niveau national et déconcentré	p. 10

IV.2.3. Développer des stratégies de prévention adaptées aux différents types de situations	p. 11
IV.2.3.a. Identifier et mobiliser les relais de l'action préventive pour atteindre la population "migrante générale"	p. 11
IV.2.3.b. Permettre aux médiateurs de santé formés d'intervenir auprès des publics les plus en marge de l'accès rapide aux soins	p. 11
IV.2.3.c. Prendre en compte la situation spécifique des personnes étrangères exerçant la prostitution.....	p. 12
IV.2.3.d. Prendre en compte les situations de vulnérabilité particulière	p. 12
IV.2.3.e. Optimiser la prévention chez les jeunes femmes en maintenant une bonne qualité d'accès au suivi médical préventif	p. 12
IV.3. Améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge sociale, de manière à permettre une prise en charge médicale appropriée.....	p. 13
IV.3.1. Apporter une attention particulière aux premiers moments suivant l'annonce de la séropositivité.....	p. 13
IV.3.2. Suivre l'observance et développer la prévention auprès des patients séropositifs.....	p. 14
IV.3.3. Lutter contre la stigmatisation dans l'environnement familial, culturel, social, professionnel.....	p. 14
IV.4. Améliorer le pilotage du dispositif	p. 15
IV.4.1. Etablir une programmation régionale VIH migrants dans les régions qui le nécessitent.....	p. 15
IV.4.2. Mettre à disposition des acteurs locaux, dans toutes les régions, les informations pertinentes sur les migrants.....	p. 15
IV.4.3. Définir des indicateurs de suivi des actions et des programmes mis en place	p. 15
IV.4.4. Disposer d'indicateurs d'évaluation d'impact.....	p. 16
IV.4.4.a. Pour adapter les programmes régionaux.....	p. 16
IV.4.4.b. Pour faire évoluer le programme national	p. 17
PROGRAMME PREVISIONNEL 2004-2006 D'ACTIONS NATIONALES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN DIRECTION DES ETRANGERS/MIGRANTS	p. 18

ANNEXES

- **annexe 1 : tableaux des subventions nationales 2003 et déconcentrées 2001/2002**
- **annexe 2 : données chiffrées, démographiques et épidémiologiques VIH concernant les populations étrangères/migrantes vivant en France dont tableaux issus de la surveillance du sida au 31/12/02, données épidémiologiques par nationalité** (extraits de "Parcours socio médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002 - InVS - février 2004)
- **annexe 3 : l'épidémie mondiale de sida - communiqué de presse Onusida - 25 novembre 2003**
- **annexe 4 : données administratives relatives aux titres de séjour**
- **annexe 5 : note bibliographique d'études récentes relatives à la santé des populations étrangères vivant en France**
- **annexe 6 : "Prise en charge des personnes infectées par le VIH - Recommandations du groupe d'experts" chapitre 23 : Migrants/étrangers et VIH** (extrait du rapport 2002 sous la direction du Pr Delfraissy)
- **annexe 7 : Catalogue des outils de prévention sida à destination des migrants, INPES/DGS, 2003-2004 (référence 13013137-PT pour commande directe à l'INPES)**

PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN DIRECTION DES MIGRANTS/ETRANGERS 2004 - 2006

► I. Les migrants/étrangers vivant en France : une priorité au vu des données épidémiologiques sur le VIH relatives aux étrangers.

Les données épidémiologiques¹ reflètent clairement le risque accru d'infection par le VIH dans la population étrangère : le taux d'incidence cumulée du sida **est multiplié par 3 pour la population étrangère** par rapport à la population française (2,56 pour 1000 habitants versus 0,82) (*annexe 2, tableau 4*) : par nationalité, on observe que les taux sont plus élevés dans la population haïtienne (spécialement dans les départements d'outre-mer) avec une incidence de 31,18 pour 1000 et dans la population d'Afrique sub-saharienne : 10,32 pour 1000.

Ce risque accru se retrouve dans toutes les régions avec une variabilité liée à la proportion et à la structure de la population étrangère dans la population totale. Dans douze régions (Alsace, Centre, Champagne/Ardenne, Ile de France, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Guadeloupe, Guyane, Nord/Pas-de-Calais, Picardie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes) la proportion d'étrangers parmi les nouveaux diagnostics de sida est supérieure à 20 % ou le nombre absolu de cas de sida en 2001-2002 touchant des personnes de nationalité étrangère est supérieur à 30 (*annexe 2, tableau 5*).

Les étrangers contribuent largement à l'augmentation des cas résultant d'une transmission hétérosexuelle, puisque 57 % concernent des étrangers. Ils contribuent également à la féminisation de l'épidémie (en 2002, parmi les femmes de moins de 30 ans contaminées par rapport hétérosexuel, 75 % sont des femmes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne).

On observe, parmi les étrangers, comme parmi tous les patients contaminés par voie hétérosexuelle, un dépistage plus tardif que dans les autres groupes de transmission, homosexuels et usagers de drogues injectables : parmi les cas de sida déclarés en 2002, on observe que, pour 63 % des cas liés à une contamination par voie hétérosexuelle, la séropositivité n'avait pas été diagnostiquée antérieurement (versus 47 % chez les personnes contaminées par voie homosexuelle, 16 % chez les personnes contaminées par usage de drogues injectables). Le pourcentage de personnes non dépistées est très différent selon la nationalité (44 % chez les personnes de nationalité française et 67 % chez les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne)

Ces tendances, observées parmi les cas de sida, se retrouvent dans les nouveaux diagnostics de séropositivité déclarés à l'InVS. Parmi les 1 301 nouveaux cas d'infection à VIH déclarés en 2003 (au 30 septembre 2003), les femmes représentent 43%, elles ont, pour la moitié d'entre elles la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne. La contamination par voie hétérosexuelle est prédominante (53%) et la moitié des personnes contaminées par rapports hétérosexuels sont des étrangers d'Afrique subsaharienne. Au total, 32% des nouveaux diagnostics concernent cette population.

Cette situation épidémiologique s'inscrit dans un phénomène général dans plusieurs pays d'Europe ayant des liens historiques d'immigration (qui génèrent des flux migratoires réguliers pour des motifs économiques et politiques) avec certains pays à forte prévalence : ainsi, parmi les cas hétérosexuels diagnostiqués en 2002-2003, 81% des cas au Royaume Uni, 71% en Belgique, 65% en Norvège² concernent des personnes originaires de pays d'épidémie généralisée.

¹ Les données épidémiologiques ne prennent en compte que les nationalités : n'apparaissent donc pas les migrants de nationalité française. Mais la population étrangère représente la grande majorité de la population immigrée : selon le dernier recensement INSEE 1999, 3 263 186 étrangers vivent en France, soit 6,1 % de la population générale, pour 4 310 000 migrants.

² Surveillance du VIH/Sida en Europe, Euro HIV, 1^{er} semestre 2003.

Les caractéristiques principales de la population étrangère atteinte par le VIH sont :

- **une sur-représentation de femmes jeunes** (moins de 30 ans)
- **un dépistage tardif**, surtout parmi les hommes (les femmes bénéficiant du dépistage prénatal) qui découvrent fréquemment leur sérologie au moment de l'apparition de symptômes liés à la maladie³,
- **une vulnérabilité socio-économique importante**, notamment chez les migrants récemment arrivés en France,
- **une disparité d'ancienneté en France** (à la fois des migrants établis de longue date en France et des migrants arrivés récemment, parmi lesquels une faible partie venue pour recevoir des soins en France⁴),
- **un isolement important**, voire même une exclusion du cercle familial, professionnel et social du fait de la séropositivité⁵.

En regard de ces caractéristiques bien identifiées des personnes atteintes, il n'existe que quelques données précises et actualisées dans des domaines importants pour la définition des stratégies de santé publique :

- Quelques études qualitatives portent sur certaines populations, avec des effectifs limités⁶. Elles fournissent des éléments sur les connaissances et comportements face au VIH ; elles concourent à montrer la diversité des connaissances et comportements, non seulement en fonction du pays d'origine et de la communauté d'appartenance, mais aussi en fonction du parcours migratoire.
- Si l'influence des conditions socio-économiques sur l'accès aux soins et sur l'observance est connue, en revanche son influence sur les comportements sexuels et préventifs est encore mal évaluée.
- Peu de données existent sur la déperdition éventuelle, évoquée par des acteurs de terrain, entre dépistage et prise en charge. Toutefois dans une étude conduite en région parisienne⁷, la médiane relevée entre le diagnostic et la prise en charge est de 15 jours, avec un effort local important à travers un réseau actif.
- Les associations travaillant en Ile-de-France avec les personnes migrantes pointent des difficultés dues à une annonce diagnostique peu satisfaisante, sans que l'on puisse avoir de données véritablement documentées.
- Deux études publiées mettent en évidence qu'il n'y a pas de différence significative en matière d'efficacité des traitements entre les migrants et les non migrants, à niveau socio économique équivalent :
 - . l'enquête INSERM⁸ fait apparaître que, parmi les migrants pris en charge en milieu hospitalier spécialisé, la proportion de personnes traitées et la régularité du suivi sont égales à celles des patients français à état d'avancement égal de la maladie;
 - . l'étude IPPOTHES⁹, réalisée en 2001 sur "femmes et observances", conclut qu'il n'y a pas de corrélation entre l'observance et la nationalité ni le niveau d'études. En revanche, le cumul de plusieurs éléments de vulnérabilité (absence de travail et/ou de logement, antécédents psychiatriques, conduites addictives : alcool, toxicomanie) est un facteur de mauvaise observance au traitement.

Toutefois, cette question reste également à mieux documenter.

³ BEH n°1/2003 : Les nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du Nord des Hauts de Seine - Mortier and all, janvier 2003.

et Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile de France, Invs, 2002.

⁴ Idem réf ci-dessus.

⁵ Ikambere : Rapport 2001 "Les femmes séropositives africaines et le désir de grossesse" / Rapport 2003 "Les femmes africaines et les traitements"

⁶ URACA : "Communautés africaines et sida : mythes et réalités" / "Les communautés africaines face à l'actualité du sida en 1998" / "Hommes et femmes du Cap-Vert face au sida" / "Les bétés de Côte d'Ivoire entre tradition et modernité" / "Maladie et sida en pays Dendi".

OMI/SIS : "Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo-migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne de l'Ouest", 2002 - "Connaissances et freins en matière de dépistage du VIH/sida chez les primo-migrants originaires d'Haïti et du Surinam (Bushinengue) vivant en Guyane", 2003 - "Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo-migrantes originaires d'Europe de l'Est, du Sri Lanka (tamouls) et de Chine", 2003.

⁷ BEH n°1/2003 : Les nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du Nord des Hauts de Seine - Mortier and al., janvier 2003.

⁸ Enquête sur la situation sociale des personnes vivant avec le VIH sida et les réponses apportées par le système de soins et les services sociaux, INSERM U 88 et U 379, F. Lert and al., décembre 2001.

⁹ Femmes et observance des traitements dans l'infection à VIH. Enquête réalisée par le groupe français IPPOTHES sur un échantillon de 528 patientes, 2002.

► II. Les étrangers/migrants vivant en France : les objectifs prioritaires de santé publique

II.1. Réduire le retard au dépistage en améliorant son accessibilité.

- c'est pour la population masculine que le retard au dépistage est le plus important, les femmes bénéficiant du dépistage systématiquement proposé à l'occasion du suivi des grossesses.

II.2. Réduire la transmission du VIH au sein de cette population :

- développer des stratégies de prévention adaptées à la diversité des situations
- maintenir une bonne qualité d'accès à la prise en charge de la grossesse et au traitement préventif de la transmission mère/enfant.
- développer la prévention auprès des patients séropositifs.

II.3. Assurer la qualité de la prise en charge médicale et l'adhésion aux traitements :

- adapter la prise en charge : lever les obstacles linguistiques (recours aux interprètes), lever les obstacles relatifs à la prise en charge sociale qui doit être articulée à la prise en charge médicale, tenir compte de certaines spécificités éventuelles de modes de vie.
- lutter contre la stigmatisation dans l'environnement familial, culturel, social et professionnel.

II.4. Améliorer la qualité du suivi et les modalités d'évaluation du dispositif

de façon à pouvoir l'adapter aux besoins des populations :

- la programmation doit favoriser le travail en réseau, notamment permettre la coordination entre acteurs soignants, sociaux et associatifs
- les modalités d'évaluation doivent être prévues en veillant à ne pas alourdir les tâches administratives pour les intervenants qui travaillent auprès des migrants.

► III. Les stratégies

III.1 Les principes généraux

La population étrangère est très diverse notamment par les conditions d'émigration, l'ancienneté de l'immigration, le statut éducatif et social, les conditions d'installation - en famille ou en laissant les proches au pays -, le projet migratoire, les liens avec le pays d'origine et l'intégration dans des groupes communautaires.

Les programmes de santé publique et les pratiques professionnelles doivent donc tenir compte de cette diversité et se garder des stéréotypes qui peuvent conduire à des actions inadaptées, stigmatisantes et de ce fait inefficaces.

Ils doivent permettre d'identifier une diversité de relais qui reflètent au mieux la pluralité culturelle et sociale.

III.2 Une stratégie à double niveau

Compte-tenu de cette diversité de profils, **une stratégie à double niveau doit être mise en œuvre**, dont l'enjeu est de permettre aux personnes infectées par le VIH d'être dépistées, suivies et si nécessaire traitées. D'une part, l'ensemble des structures, et pas seulement celles qui sont spécifiquement dévolues à l'accueil des populations migrantes, doivent tenir compte de la présence de populations migrantes dans leur clientèle, leur proposer des conseils préventifs, des actes de dépistage, de soins et de prise en charge adaptés à leur situation ; d'autre part, des canaux et acteurs spécifiques doivent être mobilisés pour atteindre certains groupes et répondre à des besoins spécifiques.

III.2.1 Agir en direction des migrants en tant que composante de la société française

Les migrants vivant en France utilisent à part entière les services socio-sanitaires de droit commun. Toutes les opportunités doivent donc être saisies par les professionnels de ces services pour orienter les personnes migrantes vers la prévention, le dépistage ou le soin.

Il convient donc de sensibiliser tous les services de droit commun, notamment dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), au fait que les migrants sont une part importante de leur public. Des informations, voire même des formations, sur certaines spécificités doivent être envisagées pour permettre une réelle prise en compte de la population migrante. Les thématiques VIH doivent être abordées en ciblant les problèmes spécifiques des hétérosexuels : faible conscience du risque VIH, manque d'expérience de la prévention, retard au dépistage...

- Les dispositifs sanitaires et sociaux.

Les contacts des migrants avec des dispositifs médicaux de droit commun doivent être utilisés comme une opportunité pour établir un lien avec la prévention du VIH et inciter au dépistage dans les conditions classiques d'information et de consentement : les services hospitaliers (notamment les PASS), les services de gynéco - obstétrique, les PMI, la médecine du travail, etc.

Des structures médico-sociales (CPAM, centres sociaux...) peuvent être des relais des actions de prévention.

- Les associations de prévention VIH

L'attention des associations travaillant dans le domaine du VIH doit être attirée sur la nécessité de prendre en compte la forte présence d'une population étrangère parmi les publics qu'elles doivent toucher et donc d'adapter leurs dispositifs à cette priorité.

- Les médias, notamment télévisés

L'étude BVA¹⁰ conduite en février 2002 fait apparaître que la consommation médias des migrants venus d'Afrique sub-saharienne est proche de la moyenne de la population, avec une fréquentation importante de la télévision (98,4 % des migrants interrogés) et des courbes d'audience superposables à celles observées dans l'ensemble de la population française : les grandes chaînes nationales hertziennes sont les plus regardées, avec une préférence marquée pour les journaux télévisés.

III.2.2 Agir en direction des migrants en tant que groupes spécifiques

Au cours des démarches d'immigration, les migrants sont conduits à fréquenter des services spécifiques (administratifs, sociaux ou sanitaires) qu'il convient d'identifier pour les utiliser comme des moyens supplémentaires permettant d'établir le contact avec la prévention du VIH et le dépistage précoce. Ces lieux sont particulièrement appropriés pour apporter une attention aux spécificités que pose la question du sida dans le contexte d'un parcours migratoire: les problèmes d'exclusion, d'isolement, de remise en cause du projet migratoire ; la prégnance des problèmes sociaux ; les attitudes spécifiques par rapport à la sexualité, au couple, aux rapports hommes/femmes ; les réseaux de vie et d'accès à l'information spécifiques.

- Des dispositifs sanitaires et sociaux spécifiques.

Des organismes d'accueil pour les primo-arrivants dans un cadre légal existent (visites médicales OMI obligatoires...), des services sociaux d'aides aux émigrants proposent une aide pour les problèmes administratifs liés à la migration (SSAE...), des programmes sont soutenus par les Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD)...

Ces dispositifs peuvent être utilisés pour introduire la prévention et l'incitation au dépistage. Cependant les contraintes qui pèsent sur les migrants au moment de ces démarches (situation d'urgence, attente d'un document administratif ou autre...) peuvent limiter la portée de l'action préventive dans ce cadre.

- Des associations migrantes ou d'aide aux migrants

Les mouvements associatifs à base communautaire, à finalité sociale ou humanitaire peuvent également être des relais intéressants pour la diffusion des messages de prévention contre le VIH et d'incitation au dépistage : associations des ressortissants de telle ou telle région, associations villageoises, associations culturelles, associations d'aide à l'accès aux droits, associations d'alphabétisation et de formation professionnelle, les foyers de travailleurs migrants, etc. ou encore associations intervenant sur un plan social et/ou culturel dans des quartiers à forte population migrante.

- Des médias communautaires (radios et dans une moindre mesure presse)

Parallèlement à une utilisation de la télévision très proche de l'ensemble de la population, les migrants écoutent plutôt des programmes radios qui leur sont essentiellement destinés. Ces radios, nationales ou locales, doivent donc être utilisées comme vecteurs de programmes d'information et de prévention.

Les populations à atteindre prioritairement seront bien entendu les populations représentant les parts les plus importantes parmi les cas de sida, à savoir les personnes d'Afrique sub saharienne et de Haïti. Une vigilance particulière devra également être apportée aux populations asiatiques, d'Europe centrale et de l'Est, maghrébines, d'Amérique du Sud, soit parce qu'elles sont originaires de pays où l'épidémie est en expansion, soit parce que les flux migratoires de ces populations vers la France augmentent.

¹⁰ Deux études ont été conduites à la demande de la DGS et de l'INPES en février 2002 :

- une étude qualitative portant sur les modes et les sources d'information à privilégier vis à vis des migrants concernant le VIH-sida (SORGEM)

- une étude quantitative sur les habitudes média des personnes venant d'Afrique sub-saharienne (BVA)

► IV. Les axes du programme

IV.1. Améliorer l'accès au dépistage

Le retard au dépistage, constaté dans la population étrangère, notamment masculine, est un facteur de pronostic péjoratif pour un bénéfice optimal de la prise en charge.

Les structures de soins primaires doivent donc être invitées à proposer le plus possible le dépistage du VIH.

IV.1.1. Identifier les structures de soins primaires pertinentes à mobiliser

- les **lieux mixtes** : en médecine ambulatoire et dans les établissements de santé, notamment dans les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) hospitalières, sur les plates-formes d'accueil pour les nouveaux arrivants (OMI), dans les centres anti-tuberculeux, les centres médico-psychologiques (CMP), les dispensaires anti-vénériens (hépatites, IST), les centres d'examen de santé (CPAM), les centres d'accueil pour les demandeurs d'asile (CADA), ...
- les lieux de recours fréquentés plus spécifiquement **par les hommes** : les secteurs de médecine du travail de certains corps de métiers (bâtiment, nettoyage...), les points santé ou permanences d'information sanitaires et sociales mises en place dans certains foyers migrants...
- les lieux de recours fréquentés spécifiquement **par les femmes** : les consultations PMI, les centres de planification et d'éducation familiale, les services de suivis pré et post-natal, les services de gynécologie obstétrique, etc.

IV.1.2. Définir des modalités de mobilisation possibles de ces services pour favoriser la proposition de dépistage du VIH aux populations étrangères dans des conditions optimales de confiance :

- L'INPES doit faciliter l'information des structures ainsi identifiées : elles doivent être systématiquement destinataires des outils d'information sur le VIH adaptés aux populations migrantes.
- Les DRASS et les DDASS doivent faciliter les rapprochements entre ces structures et les CDAG :
 - . aider à localiser les structures,
 - . favoriser les prises de contact des personnels des CDAG lors de rencontres ou d'opérations conduites à l'extérieur des CDAG
 - . lors de la re-désignation des CDAG, veiller à ce que les modalités d'accueil et la formation du personnel prennent en compte la présence des publics migrants.
- Des actions qui lèvent les obstacles éventuels à la proposition de test IST/VIH par le personnel de santé¹¹ doivent être encouragées :
 - . favoriser des échanges d'expériences à travers des réunions thématiques, locales ou régionales,
 - . développer des échanges d'outils facilitateurs produits tant au niveau local, que régional ou national (exemple : dépliants multilingues sur le dépistage ou brochures bilingues sur le VIH "Vaincre le sida"),
 - . inscrire la question de la proposition systématique de test IST/VIH aux personnes étrangères/migrantes dans les programmes de formation initiale ou continue
 - au niveau national pour les médecins et les personnels soignants (FMC - ANFH)
 - et au niveau régional (FMC - IFSI - IRTS).
- S'appuyer sur les jumelages hospitaliers quand ils existent (cf programmes ESTHER), notamment ceux établis avec des établissements situés dans les pays d'émigration.

¹¹ Diverses études ont été menées à ce sujet :

- l'une en Isère, par l'ORS Rhône Alpes, sur les pratiques de dépistage du VIH des médecins, montre la difficulté à parler du VIH et de prise de risque lorsque la personne n'est pas demandeuse.
- l'autre, réalisée au sein de la CDAG Bichat-Claude Bernard (Paris 18^{ème}), permet d'évaluer à 13 % le taux de proposition d'un test VIH faite par un médecin traitant.

IV.2. Améliorer la prévention

Les campagnes de communication sur le VIH, nationales et locales, doivent s'adresser aux différentes composantes de la population française et notamment aux migrants.

IV.2.1. S'adresser aux migrants à travers les campagnes de communication générale sur le VIH, afin d'améliorer la visibilité de ces populations

Ces campagnes qu'elles portent sur la promotion du préservatif, l'incitation au test, la demande de test au partenaire doivent faciliter la prise de conscience du risque, aider à la communication sur le VIH dans les communautés, les familles et au sein des couples, indiquer des sources d'information diverses en représentant de façon explicite les migrants de façon à favoriser l'identification.

Pour la première fois des publics migrants ont été mis en scène dans un des trois spots constituant la campagne dépistage de l'INPES (décembre 2002 et juin 2003), en direction du grand public, sur les chaînes de télévision (le spot représentait la difficulté de la demande de test entre les partenaires, en l'occurrence à l'occasion du retour du partenaire masculin après un séjour au pays d'origine). Les posts-tests conduits sur cette campagne ont révélé une excellente appropriation des messages par les populations africaines et même par le grand public général, sans que soit notée de réaction de stigmatisation à l'encontre des migrants africains.

Ce type de communication doit donc être vivement encouragé à l'avenir, dans les campagnes nationales ou locales.

IV.2.2. Utiliser des supports de communication spécifiques au niveau national et déconcentré

Pour les années 2004 à 2006, une agence est spécifiquement missionnée par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) pour la communication (médiat et hors médiat) en direction des migrants, selon la stratégie définie avec la DGS.

Les outils d'information sur le VIH sont regroupés par l'INPES selon deux axes d'entrée : ceux destinés au "tout public" et ceux plus spécifiquement tournés vers telle ou telle population migrante. Les outils spécifiques sont présentés sur des fiches qui servent en même temps, chacune, de bon de commande, regroupées dans le document joint en annexe intitulé "*Outils de prévention sida à destination des migrants*" : près d'une centaine d'outils au total. Ces outils dispensent des informations précises sur différents aspects de la prévention et/ou de la maladie. Les fiches permettent d'avoir les coordonnées (avec les sites Internet) intéressantes dans le domaine VIH/migrants et de favoriser la mise en réseau des acteurs.

Ces outils sont gratuits et comportent des informations validées qui permettent d'améliorer pour ces populations:

- la prise de conscience du risque,
- l'acceptabilité de l'utilisation du préservatif, masculin ou féminin, en prenant en compte différentes situations: nouvelles relations, recours à la prostitution, reprises de relations conjugales lors de congés au pays ou lors de regroupement familial...
- l'intégration des personnes séropositives en luttant contre les phénomènes d'exclusion ou de rejet effectifs, ou redoutés, au point de dissuader d'entreprendre une démarche de dépistage.
- l'intérêt d'une démarche de dépistage.

Par ailleurs, chaque année, des programmes radio sont diffusés sur les radios les plus écoutées par les migrants. Ces programmes sont déshabillés des jingles propres à une radio spécifique, copiés sur CD ou cassettes et sont proposés à des radios locales ou utilisés pour l'animation de rencontres, de forums, de points d'info, etc. Ils permettent de rapporter la parole de professionnels de santé, de « leaders » d'opinion de divers secteurs sur la prévention, le soutien aux personnes atteintes, l'intérêt du dépistage, etc... Ils permettent également de lutter contre les idées fausses à partir des questions et réflexions du public non spécialisé.

Ces programmes sont régulièrement diffusés auprès des DDASS/DRASS à chaque nouvelle sortie.

IV.2.3. Développer des stratégies de prévention adaptées aux différents types de situations :

IV.2.3.a. Identifier et mobiliser les relais de l'action préventive pour atteindre la population "migrante générale "

Il s'agit d'atteindre les couples, les personnes mariées au pays et seules en France, les personnes seules, les personnes sans papier, les immigrés récents, en tenant compte des spécificités des rapports homme/femme .

S'agissant d'une composante de la population générale avec un niveau de risque élevé, il est nécessaire d'identifier une multiplicité d'acteurs susceptibles de porter et diffuser les contenus préventifs. Tous les migrants ne sont pas intégrés à des réseaux communautaires ou le sont avec des degrés différents et des vecteurs multiples doivent être utilisés.

- Localement, il est utile d'identifier les événements (fêtes, événements sportifs, religieux...) /et les lieux (commerces, salons de coiffure, de beauté, boîtes, restaurants, marchés, foyers...) dans lesquels des actions de prévention peuvent être développées et encadrées par des professionnels sanitaires ou sociaux, et/ou des associatifs formés sur le VIH.

- Mieux faire connaître dans ces lieux les pôles ressources locaux ou nationaux de recours en matière d'information, de prévention, de dépistage...

Mieux diffuser notamment l'information sur le service d'écoute proposé par Sida Info Service : outre le dialogue confidentiel, anonyme et gratuit 24 h/24 au 0 800 840 800, un service en 4 langues étrangères (anglais, espagnol, bambara et arabe) les lundi, mercredi et vendredi après-midi .

IV.2.3.b. Permettre aux médiateurs de santé formés¹² d'intervenir auprès des publics les plus en marge de l'accès rapide aux soins :

Les médiateurs de santé ont pour mission d'établir un lien entre les services de prévention et de soins et les publics accédant les plus tardivement aux soins :

- . étant en proximité avec les personnes exclues des soins, ils savent entrer en contact avec les publics sur leurs lieux de vie ;
- . ils dispensent une information sur les services existants en matière de prévention, de dépistage, de soins précoces ;
- . ils effectuent un accompagnement individuel - si nécessaire - dans les premiers contacts avec les services sanitaires et sociaux, puis, au-delà, dans une démarche continue de soins et de bonne observance.

Il revient également à ces médiateurs de proposer :

- une information en direction des professionnels sanitaires et sociaux sur les éléments facilitateurs de l'accès aux soins des publics précarisés
- des améliorations possibles des structures pour permettre un accès plus rapide et plus régulier des publics en situation de précarité.

Il convient d'utiliser le recours à ces médiateurs lorsque des postes existent, et de favoriser leur présence active dans les équipes sanitaires et sociales.

IV.2.3.c. Prendre en compte la situation spécifique des personnes étrangères exerçant la prostitution

¹² Dans le cadre d'un partenariat entre la DGS et l'IMEA, 150 médiateurs de santé ont été formés depuis 2001 (régions IDF, PACA, GUYANE) et font l'objet d'un suivi de leur activité professionnelle.

Un bilan sur la mise en œuvre de ce programme s'achève fin 2003. Une évaluation sur l'impact de ce programme sera réalisé en 2004/2005.

Une large part des personnes prostituées en France sont originaires de pays à forte prévalence ou à faible niveau de prévention et d'information sur le VIH (Europe de l'Est¹³, Afrique sub-saharienne, notamment Nigeria, Sierra Leone, Cameroun). Quelques données européennes témoignent d'une augmentation des taux de contamination parmi les femmes prostituées non toxicomanes.

Par ailleurs, dans les structures d'hébergement regroupant des migrants vivant en France en "célibataires" ou éloignés de leur famille, le recours à la prostitution, qu'elle soit identifiée comme telle ou non, est un phénomène que doivent prendre en compte les actions de prévention.

Des actions de proximité mettant en confiance les personnes exerçant la prostitution, développant leurs capacités d'autonomie, dispensant une information en matière de prévention santé (dans les langues maternelles le cas échéant) et facilitant l'accès aux soins, existent et doivent être encouragées.

IV.2.3.d Prendre en compte les situations de vulnérabilité particulière

Une sensibilisation des professionnels et des actions spécifiques dirigées vers certaines populations migrantes peuvent être nécessaires pour des publics qui connaissent des situations de vulnérabilité spécifiques :

- les personnes en situation d'errance, sans domicile fixe ou vivant en squats,
- les personnes incarcérées (maisons d'arrêts, prisons, centres de rétention administrative).

IV.2.3.e Maintenir une forte accessibilité au traitement préventif de la transmission mère-enfant et favoriser les conseils préventifs au cours de la grossesse, après l'accouchement et en PMI.

Les données disponibles sur le traitement préventif de la transmission materno-fœtale indiquent une bonne accessibilité et une bonne acceptabilité de la part des femmes étrangères même si il existe encore des cas isolés d'arrivée tardive en maternité ou de refus.

L'attention doit se porter :

- sur le moment de l'annonce afin de prévenir les conséquences d'une annonce trop brutale risquant de provoquer une rupture dans le suivi
- sur l'aide pour informer le(s) partenaire(s) de son statut sérologique (notamment dans les contextes de précarité sociale importante où le(s) partenaire(s) représente(nt) souvent la seule ressource pour l'hébergement)
- sur la période suivant l'accouchement, les professionnels de terrain et les associations remarquant qu'un certain nombre de femmes sont perdues de vue à l'issue de la grossesse.

Ces questions doivent être traitées par une mobilisation coordonnée au sein de l'hôpital, éventuellement par les CISIH, entre les services de gynéco - obstétrique, de pédiatrie et de maladies infectieuses, en s'appuyant sur des permanences hospitalières associatives.

Des liens doivent être établis entre l'hôpital, la PMI, les systèmes sociaux d'accompagnement des enfants, en faisant appel aux réseaux ville - hôpital existants.

¹³ "Femmes et migrations - Les femmes venant d'Europe de l'Est" - Recherche action sous la direction de Françoise Guillemaut - Cabiria 2002

IV.3. Améliorer la qualité et la rapidité de la prise en charge sociale, de manière à permettre une prise en charge médicale appropriée

IV.3.1. Apporter une attention particulière aux premiers moments suivant l'annonce de la séropositivité

- Développer localement les réseaux permettant d'assurer un suivi satisfaisant autour du moment de l'annonce (recours à des médiateurs de santé, à des permanences hospitalières associatives...), et permettant de réduire le délai entre le diagnostic de séropositivité et la prise en charge spécialisée

- Faire appel, dès que cela est nécessaire, à des services d'interprétariat professionnels et compétents pour s'assurer que les messages sont clairs et faciliter le dialogue en toute confidentialité. Introduire un « tiers » (physiquement ou par téléphone) dans le dialogue singulier entre le soignant et le patient n'est pas chose facile : c'est pourquoi il est nécessaire de communiquer sur l'intérêt de l'interprétariat social professionnel et de préparer les interventions.

Les CDAG et les services de maladies infectieuses peuvent disposer gratuitement de prestations d'interprétariat par téléphone (sans rendez-vous) sur toute la métropole (ou par déplacement uniquement en Ile-de-France), assurées par des professionnels en 84 langues, dans le cadre d'un partenariat entre ISM Interprétariat et la DGS. Un affichage systématique sur cette offre de services doit être fait dans les CDAG et les services de maladie infectieuse.

- Démarrer la prise en charge sociale en l'articulant à la prise en charge médicale :

Une prise en charge médicale optimale nécessite de maintenir un bon accès à l'assurance maladie, de permettre le plus rapidement possible une autonomie de la personne : accès au travail, au logement, aux prestations sociales, au titre de séjour le cas échéant...

Une analyse sera conduite au niveau national pour étudier les mesures incitatives qui peuvent permettre que les postes de travailleurs sociaux existants soient pourvus au mieux, notamment dans les services hospitaliers, en coordination avec les CISIH.

Selon les modalités d'application de la nouvelle législation qui seront adoptées en 2004 (décrets et circulaires d'application à venir), suite aux modifications législatives inscrites dans les lois de finances rectificatives de 2002 et 2003 et du projet de loi de finances 2004, l'accès effectif à l'Aide Médicale Etat (AME) va être plus complexe :

- les bénéficiaires de l'AME ne bénéficieront plus de la gratuité des soins, dès lors que le décret d'application de la loi de finances rectificatives pour 2002, prévoyant l'instauration d'un ticket modérateur, sera publié
- l'admission immédiate à l'AME est supprimée. Des soins médicaux pourront néanmoins être pris en charge en urgence : il s'agit des situations qui mettent en jeu le pronostic vital immédiat, nécessitant l'hospitalisation
- une présence ininterrompue de 3 mois en France est exigée avant de pouvoir demander l'AME
- les conditions d'instruction de l'AME tendent à diminuer le nombre de bénéficiaires.

Afin d'éviter un abandon ou un non recours aux soins de la part des personnes démunies de titres de séjour, une vigilance particulière est nécessaire pour permettre que les patients étrangers concernés accèdent aux soins par crainte de devoir assumer des frais qu'ils ne pourraient prendre en charge, et que les examens nécessaires ne soient pas différés. Il convient d'utiliser au mieux les moyens qui permettent aux personnes atteintes de pathologies graves, parmi lesquelles l'infection à VIH, d'accéder aux soins nécessaires de manière satisfaisante :

- . rappel des droits existants aux professionnels sanitaires et sociaux au fur et à mesure des parutions des textes réglementaires nouveaux
- . obtention rapide des documents de la Préfecture instruisant la demande de titre de séjour en raison de l'état de santé, afin que les patients puissent dépendre non plus de l'AME, mais de la CMU ou de la Sécurité Sociale.

IV.3.2. Suivre l'observance et développer la prévention auprès des patients séropositifs

Le rapport Delfraissy 2002 comporte un chapitre spécifique "Migrants/étrangers et VIH" (*ci-joint en annexe 9*). Il rappelle que les pratiques médicales doivent tenir compte, tout au long du suivi, des conditions de vie particulière de certains patients migrants, afin que ceux-ci bénéficient au mieux des possibilités thérapeutiques disponibles :

- doivent être prises en compte des spécificités éventuelles des conditions de vie (logement indépendant ou non, accès à un réfrigérateur, etc...) et des modes de vie (retours au pays réguliers, gestion de l'annonce aux partenaires restés au pays, suivi du traitement pendant les congés, etc.).
- doivent être prioritairement mises en œuvre en direction des migrants les interventions en matière d'éducation thérapeutique du patient et d'actions de prévention auprès des patients séropositifs dans les services hospitaliers
- doivent être développées l'incitation et l'aide à l'annonce de la séropositivité au(x) partenaire(s), en France et au pays d'origine, et à l'adoption de comportement de prévention dans toutes les situations : dans le contexte d'une épidémie hétérosexuelle, la séropositivité est souvent diagnostiquée chez le membre d'un couple constitué avec un projet parental. Dans ce contexte, l'annonce au(x) partenaire(s) est donc un enjeu important : la stigmatisation de certains comportements, la discrimination des personnes séropositives, la crainte d'une rupture, voire même la crainte de la détérioration de la situation sociale en cas de rupture sont autant d'obstacles à l'annonce de la séropositivité au(x) partenaire(s). Les soignants et les soutiens associatifs doivent penser à réitérer leurs propositions d'aide aux patients dans cette démarche.

Ces actions peuvent s'appuyer sur :

- > des liens entre l'hôpital et les acteurs associatifs (permanences hospitalières/ médiateurs de santé / lieux d'accueil associatifs extra hospitaliers, etc.)
- > la mobilisation des CISIH pour faciliter la liaison entre les divers services médicaux (maladies infectieuses, obstétrique, psychologues...), les services sociaux, les partenaires associatifs...
- > une bonne information des patients pour qu'ils connaissent le rôle respectif de chacun des intervenants.

IV.3.3. Lutter contre la stigmatisation dans l'environnement familial, culturel, social, professionnel

- Favoriser l'émergence de témoignages, la constitution de groupes de paroles et l'aide que peuvent apporter les personnes ayant vécu dans le même contexte des situations d'exclusion ou les ayant surmontées.
Soutenir les associations de personnes séropositives, tant dans leur expression publique (conférences, interviews, etc.) que dans les actions de proximité qu'elles conduisent localement, en prévention primaire et secondaire.
- Faire s'exprimer les "leaders" d'opinion (artistes, religieux, sportifs, célébrités...) pour appuyer les messages de prévention et de solidarité avec les personnes atteintes.
- Favoriser l'expression de personnes vivant avec le VIH dans les pays d'origine pour permettre aux migrants vivant en France de suivre l'évolution qui se produit aussi dans les pays d'origine.

Ces différents moyens sont beaucoup utilisés au niveau national par les média radio¹⁴, car ils sont particulièrement propices à une expression réaliste tout en restant confidentielle. Les radios locales peuvent utilement reprendre ces programmes, qui sont souvent disponibles sur des CD ou cassettes audios afin de permettre une large utilisation.

¹⁴ L'étude BVA conduite en février 2002 sur les habitudes média des personnes venant d'Afrique sub-saharienne consacre la primauté du média radio chez les africains, notamment des stations Africa n°1 et RFI

IV.4. Améliorer le pilotage du dispositif

IV.4.1. Etablir une programmation régionale VIH migrants dans les régions qui le nécessitent

Une programmation spécifique de lutte contre le VIH en direction des migrants doit être engagée par les régions selon les données épidémiologiques (*annexe 2 tableaux 4 et 5*). Elle doit d'emblée associer les acteurs soignants (hospitaliers ou non), les acteurs sociaux et administratifs, les acteurs associatifs de lutte contre le sida et communautaires migrants. Elle devra à l'avenir s'intégrer dans le cadre des programmes régionaux de santé publique.

Les régions ayant déjà engagé une programmation globale de lutte contre le VIH veilleront tout particulièrement à suivre ce volet en direction des migrants.

IV.4.2. Mettre à disposition des acteurs locaux, dans toutes les régions, les informations pertinentes sur les migrants

Les régions qui ne seront pas impliquées dans une démarche spécifique de programmation de lutte contre le VIH en direction des migrants, veilleront à mettre à disposition des acteurs locaux (services de soins primaires, services de prévention et de dépistage, services sociaux, structures associatives de lutte contre le sida, structures institutionnelles ou associatives œuvrant auprès des migrants, etc.) toutes les informations pertinentes, afin qu'ils disposent d'un socle de connaissance minimum et d'outils appropriés pour aborder les problèmes de VIH avec les publics migrants.

IV.4.3. Définir des indicateurs de suivi des actions et des programmes mis en place

IV.4.3.a. Pour le pilotage des programmes régionaux

Les programmes mis en place dans les régions prioritaires doivent inclure des indicateurs de suivi : toute mise en œuvre d'un programme (ou d'un projet) doit faire l'objet d'un suivi documenté qui inclut le relevé des actions, des décisions et des changements qui ont été opérés (quand, par qui, pourquoi...).

L'élaboration d'un véritable tableau de bord doit donc comprendre des données sur :

- les objectifs du projet, les publics auxquels il est destiné, son organisation et les modalités de déroulement escomptées ;
- le suivi du projet : comment le projet a-t-il été effectivement organisé ;
- la liste des actions réalisées avec la description simple des éléments quantitatifs sur les personnes rencontrées, les contacts pris, les ressources financières et humaines, les principales difficultés rencontrées et leurs solutions éventuelles.

IV.4.3.b. Pour le pilotage de ce programme au niveau national

- Des remontées d'information sur les programmes mis en place au niveau régional, les acteurs mobilisés, les actions mises en œuvre et les difficultés rencontrées seront effectuées annuellement. Une réunion sur cette thématique sera organisée annuellement par la DGS afin de mettre en commun et de partager les expériences des différentes régions. (la 1^{ère} étant prévue pour décembre 2004). L'ensemble des DDASS et DRASS seront conviées à cette réunion, ainsi que les bureaux et directions les plus directement en lien avec le bureau SD6A de la DGS sur cette thématique : le bureau SD6A de la DGS (santé des populations, précarité et exclusion), la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), la Direction de la Population et des Migrations (DPM), la Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS)
- Une rencontre annuelle (au mois de juin) réunira les 12 DRASS des régions dans lesquelles des programmations spécifiques VIH-Sida/étrangers-migrants doivent être engagées. Cette rencontre associera les principaux promoteurs d'actions sur le VIH en direction des migrants (acteurs associatifs et

institutionnels), y compris des réseaux associatifs ayant des actions "généralistes" sur le sida auxquelles participe un public migrant important (Aides, Arcat, Iméa, MFPP, Sida Info Service..)

- Un comité de suivi sera constitué, qui aura pour mission le suivi de la mise en œuvre du présent programme et la coordination des actions dans les différents ministères et institutions concernées. Il réunira les ministères des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, de la Santé, de l'Intérieur, de la Justice, des Affaires Etrangères, de l'Outremer, le GIP Esther, le Conseil National du Sida (CNS), l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), l'Office des Migrations Internationales (OMI), le Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations (FASILD), l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)
- Un bilan d'étape de la mise en œuvre de ce programme réunira l'ensemble des institutions et associations en septembre 2005. Cette rencontre permettra d'initier le travail d'évaluation du présent programme, qui pourra être effectué au cours de l'année 2006

IV.4.4 Disposer d'indicateurs d'évaluation

Donner des indicateurs d'évaluation de l'impact du programme ou des projets doit aider les acteurs associatifs, et les professionnels sanitaires et sociaux, à réajuster les orientations des programmes. En dehors des items listés ci-après, les indicateurs sont pour partie à définir avec les acteurs associatifs et les professionnels du champ. Ils seront également à coordonner avec les indicateurs globaux définis dans le cadre de la loi d'orientation santé publique, et même dans le cadre plus global de la loi d'orientation des lois de finances.

Compte tenu de la difficulté de l'observation statistique dans les populations migrantes, notamment en raison des mouvements migratoires, de nouvelles méthodes sont nécessaires pour comprendre les évolutions épidémiologiques et mesurer l'impact des programmes de santé : un dispositif multidisciplinaire de recherche et d'observation doit être mis en place à cette fin.

IV.4.4.a. Pour adapter les programmes régionaux

L'évaluation devra prendre en compte :

- des indicateurs de développement, de progression et résultats des actions elles-mêmes (listés ci dessus pour établir un tableau de bord de suivi des actions),
- des indicateurs d'impact qui devront être intégrés dans les actions dès leur conception :
 - . l'augmentation de fréquentation des lieux de prévention et de dépistage, des structures sanitaires et sociales par les populations étrangères/migrantes,
 - . l'amélioration des connaissances des personnes migrantes sur le dépistage, les modes de transmission, les structures d'accès à la prévention et aux soins,
 - . la diminution des personnes étrangères séropositives ne disposant d'aucune couverture sociale ou d'une couverture sociale précaire (AME).Ces indicateurs d'impact peuvent être mesurés par des enquêtes réitérées, conduites sur les files actives des usagers des associations ou des patients dans les établissements hospitaliers. Les conventions pluriannuelles établies pour des actions menées sur le VIH en direction des migrants doivent veiller à ce que soit prévue la mesure systématique de tels indicateurs, à différents moments du programme.
- des indicateurs issus des données hospitalières :
 - . l'évaluation de la régularité du suivi médical et de l'observance (enquêtes hospitalières),
 - . la fréquentation des consultations de prévention mises en place dans les services de maladies infectieuses, le cas échéant, par les populations étrangères/migrantes (données d'activités hospitalières).
- des indicateurs issus des données nationales, présentés pour une région donnée :

- . la réduction du taux de personnes étrangères découvrant leur statut sérologique au moment de l'entrée dans la maladie (données InVS)
- . certaines données bio cliniques qui peuvent être pertinentes¹⁵ : taux de CD4 au moment du diagnostic, stade clinique (A,B,C) (données INVS)

IV.4.4.b. Pour faire évoluer le programme national

Les données utilisées pour faire évoluer le programme national sont :

- les données épidémiologiques : données InVS sur les déclarations de séropositivité VIH et de sida ; données des enquêtes transversales auprès des CDAG,
- les données issues de la cohorte périnatale française (notamment l'évolution de la découverte de la séropositivité au moment de la grossesse)
- les données qui pourraient être issues de l'évolution du dispositif DMI2 (Dossier Médical, épidémiologique et économique d'Immunodéficience humaine)
- les recommandations sur la prise en charge médicale (rapport Delfraissy),
- les données sur la protection sociale (Aide Médicale État, CMU),
- les données sur l'accès aux titres de séjour et de travail en raison de l'état de santé (DPM),
- l'évolution des financements consacrés aux programmes VIH / migrants,
- les données des études en sciences sociales (ANRS, MIRE, Conseil Economique et Social...

¹⁵ Cf les indicateurs utilisés par les deux études figurant en annexe : InVs et hôpital Louis Mourier

PROGRAMME PREVISIONNEL 2004-2006 D' ACTIONS NATIONALES
LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN DIRECTION DES ETRANGERS/MIGRANTS

OBJECTIF (référence aux chapitres du programme)	RESPONSABLE	ACTION	OPERATEUR	CALENDRIER	INDICATEURS/ Périodicité des relevés	ESTIMATION BUDGETAIRE
II.1 / IV.1	DGS - SD6A	Informers les structures de soins primaires sur l'importance du dépistage et de la prévention VIH en direction des migrants/étrangers vivant en France, notamment : <ul style="list-style-type: none"> - 16 plates formes d'accueil de l'OMI - 250 PASS hospitalières - 72 centres d'exams de santé - 257 dispensaires anti-vénéériens - 570 centres de planification - 370 centres anti tuberculeux 	INPES	2 fois / an au minimum	Nombre de structures passant commande d'outils d'info / nombre de structures touchées par l'existence de nouveaux outils d'information Relevé annuel	Budget INPES
II.1 / IV.1	DGS - SD6 A	Informers les populations migrantes sur le VIH : le dépistage, les modes de contamination, la prévention, le soutien aux personnes atteintes, l'accès aux soins précoces, l'observance stricte des traitements	Réseau associatif de proximité	Tout au long de l'année	Nombre d'outils de prévention spécifiquement destinés aux publics migrants Relevé annuel	Budget INPES
II.1 / IV 1	DGS -SD6 A et SD2	Inscrire la problématique de la proposition de test VIH dans les programmes de formation initiale et continue des personnels médicaux et soignants	DGS - SD2 DHOS (pour ANFH)	2005 2005	Inscription effective dans les programmes de formation initiale et continue	-
II.2 / IV.2.1 et IV.2.2	DGS - SD6A	Mener des campagnes d'information sur le VIH à destination du grand public permettant une identification claire pour le public migrant	INPES + Agence	2 fois / an	Post-tests spots TV	Budget 2004/06 communication VIH INPES
II.2 / IV.2.1 et IV.2.2	DGS - SD6A	Mener des campagnes spécifiques sur le VIH en direction des migrants	INPES + Agence spécifique	1 campagne TV/an 12 campagnes radio/an 1 nouvel outil/an (brochure ou cassette vidéo ou audio)	Post-tests spots TV Nombre de passages des émissions radios / appels couplés à SIS ligne migrants Commande des outils	Budget 2004 /06 communication spécifique migrants VIH INPES

OBJECTIF (référence aux chapitres du programme)	RESPONSABLE	ACTION	OPERATEUR	CALENDRIER	INDICATEURS/ Périodicité des relevés	ESTIMATION BUDGETAIRE
II.2 / IV.2.3.b.	DGS	Confirmer ou infirmer l'utilité de la médiation en santé publique - pour réduire les carences dans l'accès aux soins, - pour améliorer les comportements de prévention de populations vulnérables, - pour optimiser les dispositifs prévus pour l'accès aux soins des populations les plus exclues.	IMEA	2004/05:conv DGS/IMEA dispositif expérimental d'environ 150 médiateurs Ac 2006:pérennisation éventuelle ou réorientation du dispositif expérimental	- Nombre de médiateurs de santé publique en poste / nombre de médiateurs de santé publique formés - Nombre de structures sanitaires et sociales ayant recours aux médiateurs - Nombre de publics touchés par actions de médiation	Programme IMEA: 512 000 € Evaluation : 65 000 €
II.2 / IV.2.3.b.c.d	DGS	Inscrire la problématique VIH/migrants dans les différents programmes d'actions pluriannuels élaborés en direction des personnes les plus démunies	DGS-SD6A-SD6D - SD1	Au fur et à mesure de la mise en œuvre de la loi de santé publique	Nombre de programmes régionaux (PRSP/GRSP) dans lesquels seront inscrites les problématiques VIH/migrants	-
II.2 / IV.2.2. - IV.2.3.c - IV.2.3.d	DGS	Promouvoir les préservatifs masculins et féminins. Mise à disposition de préservatifs gratuits, notamment pour les personnes en situation particulièrement vulnérable : exerçant la prostitution, en situation d'errance, démunies de tout revenu, etc.	INPES + Réseau associatif intervenant auprès des migrants	Tout au long de l'année	Nombre de commandes de préservatifs masculins et féminins gratuits adressées à l'INPES via les DDASS Relevé annuel	Budget INPES
II.2/ IV.2.3.c	DGS-DHOS	Mobiliser les CISIH sur les liens nécessaires entre services de gynéco-obstétrique, services pédiatriques et services de maladies infectieuses	DHOS	A chaque rencontre nationale des CISIH + dans circulaire CISIH	Inscription des problématiques migrants/VIH dans les rencontres nationales/ Présence de l'item population étrangère/migrante dans les enquêtes / Rapports d'activités annuels	-
II.2 / IV.2.3.c	DGS-DHOS	Documenter les cas de transmission mère/enfant pour mettre en œuvre une stratégie pertinente de prévention de la transmission mère/enfant chez les femmes étrangères migrantes, notamment dans les DOM	ANRS/ INVS	Tout au long de l'année	Evolution de l'enquête périnatale française	

OBJECTIF (référence aux chapitres du programme)	RESPONSABLE	ACTION	OPERATEUR	CALENDRIER	INDICATEURS/ Périodicité des relevés	ESTIMATION BUDGETAIRE
II.3 / IV. 3.1.	DGS - DHOS	Promouvoir les services d'interprétariat notamment dans les CDAG et les services de maladies infectieuses	ISM Interprétariat	Tout au long de l'année	Nombre de prestations fournies dans le cadre de la convention DGS/ISM Interprétariat	22 500 €/ an
II.3 / IV.3.1	DGS (SD6)	Faciliter la prise en charge sociale des patients étrangers pour permettre un accès rapide à la meilleure prise en charge médicale possible	DGAS - DSS	Tout au long de l'année	Indicateurs sur le délai entre la demande de prise en charge et l'accès à une couverture sociale appropriée dans diverses études (INVS - études multicentriques) et dans les rapports d'activités associatifs	-
II.3 / IV.3.1	DGS (SD6) - DPM	Faciliter l'accès rapide au titre de séjour et de travail pour les personnes atteintes par le VIH	DPM/DGS	Tout au long de l'année	Relevés ministères de l'Intérieur sur les APS et CST (art.12bis11°) + données DPM sur les avis médicaux Rapports d'observation des associations spécialisées (Observatoire de la Santé des Etrangers, Ikambere..)	-
II.3 / IV.3.2	DGS - DHOS	Etablir et diffuser des recommandations nationales permettant que les patients étrangers/migrants bénéficient au mieux du suivi médico-psycho-social approprié	CISIH / + associations tenant des permanences hospitalières	Tout au long de l'année	Rapports d'activités des associations tenant des permanences hospitalières (médiateurs IMEA, Aides, Ikambere, Apa...)	-
II.3 / IV.3.3.	DGS (SD6A)	Favoriser l'émergence de témoignages, l'expression de "leaders" d'opinion, de personnes vivant avec le VIH, notamment par les médias radio	INPES	Tout au long de l'année	Nombre de programmes radios établis / nombre de stations les diffusant / estimation du nombre d'auditeurs / nombre de cassettes audio et de CD commandés par acteurs de prévention	Budget INPES

OBJECTIF (référence aux chapitres du programme)	RESPONSABLE	ACTION	OPERATEUR	CALENDRIER	INDICATEURS/ Périodicité des relevés	ESTIMATION BUDGETAIRE
II.4 / IV.4.3	DGS (SD6A)	Piloter le programme VIH/migrants au niveau national : réunir sur cette thématique les DRASS/DDASS et les bureaux et directions concernés de la DGS, la DHOS, la DPM, la DGAS	DGS SD6A	1 fois par an (en fin d'année)	Compte-rendus établis/diffusés	-
II.4 / IV.4.3	DGS (SD6A)	Organiser des rencontres entre les 12 DRASS ayant des programmations spécifiques VIH/migrants associant les principaux promoteurs d'actions VIH/migrants (institutionnels et associatifs)	DGS SD6A	1 fois par an (en milieu d'année)	Compte-rendus établis/diffusés	-
II.4 / IV.4.3	DGS (SD6A)	Animer le comité de suivi de la mise en œuvre du programme VIH/migrants et la coordination interministérielle des actions engagées	DGS (SD6A)	1 fois par an	Nombre de participants	-
II.4 / IV.4.3	DGS (SD6A)	Réaliser un bilan d'étape du programme VIH/migrants puis une évaluation du programme 2004/2006	DGS (SD6A et SD1)	Septembre 2005 2 ^{ème} semestre 2006	Rapport d'étape Rapport d'évaluation	
II.4 / IV.4.4	DGS (SD6A)	Analyser les données pertinentes pour l'évolution du programme	INVS/ANRS DGS	Données annuelles	Données épidémiologiques (amélioration de la connaissance du statut sérologique / évolution du taux de CD4) Données budgétaires (évolution des financements consacrés aux actions VIH/migrants)	

TABLEAUX DES SUBVENTIONS NATIONALES 2003 ET DES SUBVENTIONS DECONCENTREES 2001/2002
Tableau 1. CONVENTIONS NATIONALES 2003 SPECIFIQUES A DES ACTIONS VIH/MIGRANTS *

INSTITUTION	PROMOTEUR ASSOCIATIF	PRESENTATION DE L'ACTION	MONTANT SUBVENTION 2003
INPES	AFRIQUE AVENIR	<p>Diffusion ciblée, sur des lieux de fréquentation des communautés d'Afrique en France, d'outils de prévention multilingues destinés à éveiller l'attention sur la prévention du sida et à susciter des échanges sur ce sujet.</p> <p>Organisation de manifestations artistiques et participation à des événements sportifs avec animation d'actions de prévention primaire VIH.</p> <p>Promotion du préservatif féminin (affiche et mode d'emploi spécifiquement déclinés en direction des publics africains). Adaptation d'un dépliant sur le dépistage</p> <p>Sensibilisation sur l'annonce du résultat de la séropositivité (concours scénarios roman photo)</p> <p>Médiations en milieu hospitalier et en structures de soins</p>	76 500€
INPES	AFRIQUE PARTENAIRE SERVICE	<p>« Préparation au voyage », afin d'aider à la prévention des contaminations les migrants, à l'occasion de retours en famille.</p> <p>Participation au colloque international sur le sida -CISMA-, au Kenya en 2003 : recueil de paroles et d'interviews pour émissions de radio et diffusion sur sites internet</p> <p>Réalisation d'outils pédagogiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cassettes audios et CD, destinés à fournir aux associations de prévention un outil de travail et aux chercheurs des documents de référence. - suite d'une cassette vidéo sur le thème de la prostitution pratiquée dans certains foyers. - journée festive et informative autour du 1^{er} décembre en direction du public africain parisien. (ateliers préparatoires à cette journée en foyers) 	87 265 €
INPES	AIDES	<p>Parcours de vie migrants</p> <p>au travers d'une exposition et d'un jeu de rôles, sensibilisation d'intervenants sanitaires et sociaux, responsables administratifs, à la situation de fragilité vécue par les migrants séropositifs. Cette exposition met en valeur les éléments qui permettent de dépasser les difficultés afin d'accéder aux dispositifs de soins, et de poser la question du statut sérologique.</p> <p>Au contexte du vih / sida sont ajoutées l'approche des problématiques liées au logement, la notion de confidentialité, la prise en charge financière des soins, la notion d'urgence, les questions d'interprétariat.</p> <p>Six sites sont retenus pour une mise en œuvre de décembre 2003 à décembre 2004 : Paris, un site sur les Hauts de Seine, un autre sur la Seine Saint Denis, Marseille, Nantes, Rouen.</p> <p>La mise en place d'une formation de « chef de projet – parcours de vie » et la réalisation d'une mallette pédagogique pour la mise au point des parcours sont prévues.</p>	69 392 €

* Certaines associations, financées au niveau national, mènent des actions en direction des migrants au sein d'un programme global (notamment Aides, Arcat, Sida Info Service) : elles ne figurent pas à ce titre dans ce tableau.
 En revanche, figurent des programmes non spécifiques migrants dont une part significative du public touché est migrant (Chrétien et Sida, IMEA, MFPF).

<p>INPES</p>	<p>APA</p>	<p>Production d'outils de prévention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - préservatif présenté emballé avec l'aspect d'une amulette traditionnelle.. - support audiovisuel recueillant des témoignages de personnes concernées par le VIH, incitant au dépistage et à la prévention. <p>Actions de prévention et d'incitation au dépistage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - participation à des séminaires et conférences afin de représenter les associations de personnes séropositives - diffusion des outils de prévention existants par un porte à porte dans les foyers, et des rencontres individuelles dans les endroits de passage. - organisation d'une rencontre-débat à Paris à l'occasion du 1er décembre. 	<p>13 000€</p>
<p>INPES</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>DGS</p>	<p>CHRETIENS et SIDA</p>	<p>Information, sensibilisation, prévention dans les milieux chrétiens les plus divers</p> <p>L'association prévoit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une affiche et des actions médiatiques autour du 1er décembre ; 12 interventions publiques auprès de publics chrétiens rassemblés ; - des sessions de sensibilisation et de prévention dans les mouvements, établissement d'enseignement, la sensibilisation et la mobilisation des mouvements de jeunesse ; - l'actualisation de plaquettes d'information et d'un guide à l'usage des cadres et écoutants ; la formation de formateurs ; la mobilisation des autorités et des cadres. <p>Parmi les actions de prévention en direction de publics prioritaires, sont programmées des actions en direction des migrants d'origine africaine, et d'origine haïtienne notamment aux Antilles : il s'agit, en liaison avec quelques partenaires associatifs ou d'Eglises, d'approcher les communautés qui sont souvent amenées à éluder, minorer ou nier la prise en compte des risques, comme celle des traitements.</p>	<p>30 000 €</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>46 224 €</p>
<p>INPES</p>	<p>CICFM/AFM</p>	<p>Extension de la diffusion d'une brochure bilingue sur le vih/sida et les hépatites (70 à 100 000 exemplaires), axée sur la prévention, jusqu'ici centrée sur les Régions Rhône-Alpes et Bourgogne. Envoi d'un questionnaire à l'ensemble des organismes qui auront été destinataires des brochures afin d'évaluer la perception que ceux-ci auront eu du contenu et de l'utilité du support.</p> <p>Développement d'une campagne d'information, sensibilisation et de prévention sur les risques sida – MST – toxicomanie, en direction des publics maghrébins, notamment sur les marchés dits « communautaires » et dans plusieurs lieux publics, avec un double objectif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - orienter les personnes concernées vers des centres spécialisés et des organismes compétents, - sensibiliser et former des associations relais qui accueillent ce public, en travaillant avec elles sur les représentations culturelles. 	<p>55 000€</p>

INPES	CINOMADE	Doublage en français du film de prévention <i>Doni doni b'an bela</i> , film dioula. Ce film intitulé "nous avons tous une part de responsabilité" porte sur les rapports hommes/femmes et aborde la question des risques sexuels replacés dans un contexte social, économique, psychologique défini. Organisation de séances de cinéma inter actif, au mois de décembre, dans 20 foyers d'hébergement de migrants africains de la région Ile de France : débat proposé par un animateur spécialisé et expérimenté auprès du public africain. Evaluation de ces séances. Réalisation de « séquences interactives », tournées sur les lieux de projections lors des débats, reprenant l'expression des participants et les dialogues suscités autour de leurs questions.	24 900 €
DGS	FTCR Fédération des Tunisiens pour une Citoyenneté des deux Rives	Programme d'information sur sida et IST, inscrit au sein d'un programme général d'informations et d'aides (pratiques et juridiques) proposées entre juin et septembre à plusieurs milliers de voyageurs maghrébins dans des lieux clefs de leur déplacement (organismes sociaux, agences de voyage, ports, aéroports...), avec une formation spécifique pour le volet prévention des MST dispensée aux animateurs. Evaluation du programme en lien avec le FASILD.	53 357 €
DGS + INPES	IKAMBERE "La maison accueillante"	Actions à caractère national (outre actions de proximité sur 75 et 93) : - participation à des colloques ou conférences à l'échelle régionale, nationale ou internationale et à des rencontres inter associatives - aide à la tenue de permanences hospitalières : Ikambere intervient à la demande quand un besoin est signalé pour montrer la faisabilité de la réponse, transmettre le savoir faire à des acteurs locaux, impulser de réponses poursuivies par des relais locaux. - réponses aux sollicitations de professionnels sanitaires et sociaux Actions de prévention au niveau régional, national ou international : organisation et animation de réunions-débats mensuelles dans une quinzaine de foyers avec lesquels l'association collabore ; formation de femmes dans le local de l'association ; interventions dans des cités universitaires, participation à des émissions radiophoniques ou télévisées, à des conférences et séminaires.	45 750 € + 30 250 €
DGS	IMEA Institut de Médecine et d'Epidémiologies africaines	Programme expérimental initié en 2000 : formation et suivi de médiateurs de santé intervenant dans les structures sanitaires et sociales et dans les réseaux associatifs auprès des publics en situation de vulnérabilité En 2003 se déroulent des formations pour 2 nouvelles équipes de 20 à 25 médiateurs. Le suivi sur site professionnel est poursuivi pour la centaine de médiateurs précédemment formés sur l'Ile-de-France, la région PACA et la Guyane. Un bilan du programme sur l'Ile de France et Paca est conduit en 2003. Une évaluation d'impact sera menée en 2004 en Guyane.	228 673 €.
DGS	ISM INTERPRETARIAT Inter Service Migrants Interprétariat	Offre de 250 prestations d'interprétariat téléphonique gratuites par an n'importe où en France (en appelant le 01 53 26 52 52) et 10 déplacements en Ile-de-France (en appelant le 01 53 26 52 52), possibilités réservées aux CDAG et aux services de maladies infectieuses. Cette possibilité a une fonction incitative et une convention peut, après les premières utilisations faites dans ce cadre du partenariat avec la DGS, être passée directement entre l'hôpital ou la CDAG et ISM Interprétariat pour des utilisations régulières plus fréquentes. Programme de formation de 45 interprètes par an sur le VIH et les hépatites Promotion de l'utilisation de l'interprétariat professionnel en milieu de soins.	22 500 €

INPES	MEDAF Médecins d'Afrique	Extension d'un programme d'information prévention santé conduit sur Paris à trois villes de province : Le Havre, Rouen et Toulon. Dans ces trois villes, l'association inscrit son projet au sein d'un foyer test pour chaque ville choisie, puis implique les services des CHU des villes retenues. Au cours de soirées débats d'information, mise à disposition des résidents de documents d'information et de prévention sur différentes maladies (dont Vih, paludisme, tuberculose, hépatites, bilharziose), de brochures explicitant le rôle des lieux de soins et de prévention. L'objectif est de montrer, y compris dans le cadre de courtes formations, que l'hôpital peut aussi familiariser à la prévention.	50 000€
DGS	MFPF Mouvement Français du Planning Familial	Programme d'action sur tous les risques liés à la pratique de la sexualité, tous les moyens de se protéger (aux plans contraception et VIH/IST) et tous les facteurs de risque (vulnérabilités spécifiques, violences, aspects culturels, etc...). Chaque année, formation de 60 professionnelles du champ sanitaire et social ; chacune rassemblant dans un second temps 10 femmes en difficulté de prévention ; puis aidant, dans un 3 ^{ème} temps à l'émergence de femmes relais communautaires.	204 300 €
INPES	OMI/SIS	Diffusion d'un dépliant d'information sur le VIH et d'incitation au dépistage auprès des migrants primo-arrivants et demandeurs d'asile, soit 200 000 personnes. Les dépliants et affiches multilingues sont diffusés dans les 11 délégations de l'OMI, à la faveur de la visite médicale obligatoire au moment de l'accueil en France, et, dans les 137 CADA –Centres d'accueil des demandeurs d'asile, les associations communautaires, les associations de lutte contre le sida, les ONG, les réseaux départementaux, les associations de soutien aux migrants et de promotion de la santé. Etude sur les connaissances et freins au dépistage auprès des personnes primo-migrantes originaires d'Europe de l'Est et d'Asie et des personnes originaires d'Haïti et du Brésil, immigrées en Guyane.	64 469 €
INPES	URACA	Prévention primaire du sida et des IST au sein des communautés africaines en France, notamment les personnes ayant une formation de base très faible, les publics féminins africains et certains publics masculins les plus précaires. Réalisation et publication d'un outil support pour tous les acteurs de prévention. Prise en compte des codes culturels et les modes de fonctionnement des différentes communautés représentées en se fondant notamment sur des approches d'ethnologie et d'ethnopsychiatrie. Animation du site internet de l'association pour en faire un réseau d'échange et de réflexion. Appui méthodologique aux structures associatives souhaitant mettre en place des actions de prévention.	35 330 €

Tableau 2. SUBVENTIONS DECONCENTREES VIH/MIGRANTS 2001/2002

ACTIONS MIGRANTS PAR REGION

	En 2002
Somme MONTANT	
REGION	Somme
ALSACE	14 078
AQUITAINE	97 000
AUVERGNE	6 815
CHAMPAGNE	6 020
FRANCHE-COMTE	2 043
HAUTE-NORMANDIE	21 343
ILE-DE-FRANCE	849 124
LORRAINE	23 128
MIDI-PYRENEES	15 245
NORD	9 150
OUTRE-MER	15 000
PAYS-DE-LA-LOIRE	8 775
PROVENCE-ALPES-COTES-D'AZUR	61 622
RHONE-ALPES	114 797
Total	1 244 139

	En 2001	
REGION	en FF	en Euros
ALSACE	43 500	6 632
BOURGOGNE	13 500	2 058
BRETAGNE	95 000	14 483
CENTRE	75 000	11 434
FRANCHE-COMTE	13 400	2 043
HAUTE-NORMANDIE	202 951	30 940
ILE-DE-FRANCE	4 715 709	718 905
LANGUEDOC-ROUSSILLON	87 000	13 263
LORRAINE	151 500	23 096
NORD	60 000	9 147
PAYS-DE-LA-LOIRE	31 205	4 757
PROVENCE-ALPES-COTES-D'AZUR	204 338	31 151
RHONE-ALPES	881 194	134 337
Total	6 574 297	1 002 245

**ACTIONS MIGRANTS PAR
DEPARTEMENT**

En 2002	
N° DDASS	Somme
8	3 320
13	61 622
26	12 500
31	15 245
33	97 000
38	12 200
44	7 251
49	1 524
51	2 700
54	20 428
57	2 700
59	9 150
63	6 815
68	14 078
69	90 097
70	2 043
75	428 146
76	21 343
77	34 994
78	30 137
91	43 121
92	26 769
93	174 608
94	86 106
95	25 242
973	15 000
Total	1 244 139

En 2001		
N° DDASS	en FF	en Euros
4	4 338	661
13	200 000	30 490
21	13 500	2 058
26	46 000	7 013
27	33 000	5 031
28	40 000	6 098
29	95 000	14 483
34	87 000	13 263
38	207 950	31 702
42	21 600	3 293
44	31 205	4 757
45	35 000	5 336
54	134 000	20 428
57	17 500	2 668
59	60 000	9 147
67	43 500	6 632
69	605 644	92 330
70	13 400	2 043
75	2 768 670	422 081
76	169 951	25 909
78	110 000	16 769
91	40 000	6 098
92	170 000	25 916
93	1 072 539	163 508
94	554 500	84 533
	6 574 297	1 002 245

N° DDASS	DEPARTEMENT	REGION	ORGANISMES SUBVENTIONNES EN 2002	MONTANT
8	ARDENNES	CHAMPAGNE	CODES 08	3 320,00
13	BOUCHES-DU-RHONE	PROVENCE-ALPES-COTES-D'AZUR	AFCI	2 000,00
13	BOUCHES-DU-RHONE	PROVENCE-ALPES-COTES-D'AZUR	ACCES	21 531,00
13	BOUCHES-DU-RHONE	PROVENCE-ALPES-COTES-D'AZUR	AIDES	30 489,80
13	BOUCHES-DU-RHONE	PROVENCE-ALPES-COTES-D'AZUR	Centre social Bourrely	1 600,71
13	BOUCHES-DU-RHONE	PROVENCE-ALPES-COTES-D'AZUR	Centre social Servières	6 000,00
26	DROME	RHONE-ALPES	ADMS	6 500,00
26	DROME	RHONE-ALPES	Collectif des CHRS	6 000,00
31	HAUTE-GARONNE	MIDI-PYRENEES	COLLECTIF AFRICAIN	15 245,00
33	GIRONDE	AQUITAINE	Aides Aquitaine Limousin	77 000,00
33	GIRONDE	AQUITAINE	CACIS	20 000,00
38	ISERE	RHONE-ALPES	Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés	12 200,00
44	LOIRE-ATLANTIQUE	PAYS-DE-LA-LOIRE	AIDES PAYS DE LOIRE NORD	7 251,00
49	MAINE-ET-LOIRE	PAYS-DE-LA-LOIRE	REVIH 49	1 524,00
51	MARNE	CHAMPAGNE	Association R.I.R.E	2 700,00
54	MEURTHE-ET-MOSELLE	LORRAINE	AIDES	20 428,00
57	MOSELLE	LORRAINE	EMERGENCE THIONVILLE	2 700,00
59	NORD	NORD	Association des Tunisiens en France	9 150,00
63	PUY-DE-DOME	AUVERGNE	CADIS	6 814,52
68	HAUT-RHIN	ALSACE	Espoir hommes Mulhouse	14 078,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	ASSOCIATION FRANCO-MAGHREBINE	6 861,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	MIGRATIONS SANTE	4 573,47
69	RHONE	RHONE-ALPES	Association Euro-Méditerranéenne de dével. social	19 818,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	GENERATION FUTURE - Sidasud -	2 744,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	ADES (action Rhône Afrique Santé)	11 400,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	AISFAS (populations Afrique Sud Saharienne)	4 851,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	IFAFE	4 850,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	ALS	9 000,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	ALS	18 000,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	AIDES	4 000,00
69	RHONE	RHONE-ALPES	Espace Communal de Solidarité de ST FONTS	4 000,00
70	HAUTE-SAONE	FRANCHE-COMTE	CODES 70	2 043,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	AFRICAN POSITIVE ASSO	22 866,00

75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	AFRIQUE PARTENAIRES SERVICES	12 200,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	ARCAT	14 058,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	CITE SAINT MARTIN (ZAC)	66 240,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	HAITIDEV	42 735,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	IKAMBERE	60 980,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	MIGRATIONS SANTE	72 331,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	TUNISIENS DE FRANCE	10 671,00
75	VILLE DE PARIS	ILE-DE-FRANCE	URACA	126 065,00
76	SEINE-MARITIME	HAUTE-NORMANDIE	CORAIL ROUEN	12 196,00
76	SEINE-MARITIME	HAUTE-NORMANDIE	CORAIL LE HAVRE	9 147,00
77	SEINE-ET-MARNE	ILE-DE-FRANCE	MIGRATIONS SANTE	34 994,30
78	YVELINES	ILE-DE-FRANCE	ASSOCIATION CYES	6 300,00
78	YVELINES	ILE-DE-FRANCE	ASSOCIATION CYES	6 300,00
78	YVELINES	ILE-DE-FRANCE	ASSOCIATION AVH 78	768,00
78	YVELINES	ILE-DE-FRANCE	ASSOCIATION MIGRATION SANTE	16 769,39
91	ESSONNE	ILE-DE-FRANCE	MIGRATIONS SANTE	43 120,80
92	HAUTS-DE-SEINE	ILE-DE-FRANCE	MIGRATIONS SANTE	16 769,00
92	HAUTS-DE-SEINE	ILE-DE-FRANCE	TUNISIENS DE France	10 000,00
93	SEINE-SAINT-DENIS	ILE-DE-FRANCE	GRDR	30 489,80
93	SEINE-SAINT-DENIS	ILE-DE-FRANCE	IKAMBERE	108 238,80
93	SEINE-SAINT-DENIS	ILE-DE-FRANCE	RESEAU VIGIE 93	12 000,00
93	SEINE-SAINT-DENIS	ILE-DE-FRANCE	SIDA INFO SERVICE	13 208,00
93	SEINE-SAINT-DENIS	ILE-DE-FRANCE	TUNISIENS EN France	10 671,43
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	Visa 94	5 590,00
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	Ivry	1 016,00
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	Association des Tunisiens en France	32 929,00
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	Migration santé	30 500,00
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	association pr le dvlpmt du Burkina Fasso	1 660,00
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	Alodonovi	4 500,00
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	Entr'aide Santé	2 289,00
94	VAL-DE-MARNE	ILE-DE-FRANCE	IFAFE	7 622,45
95	VAL-D'OISE	ILE-DE-FRANCE	BONDEKO	21 431,00
95	VAL-D'OISE	ILE-DE-FRANCE	ATF	3 811,00
973	GUYANE	OUTRE-MER	Ass. de soutien aux familles malades et de formation	7 500,00
973	GUYANE	OUTRE-MER	Union de la communauté haïtienne de Guyane	7 500,00
TOTAL				1 244 139

**DONNEES CHIFFREES DEMOGRAPHIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES VIH
CONCERNANT LES POPULATIONS ETRANGERES/MIGRANTES VIVANT EN FRANCE**

I - Données démographiques (source INSEE)

Les données épidémiologiques et administratives ci-après portent sur les personnes étrangères. Mais quand on parle des populations en direction desquelles sont dirigées les actions ciblées d'information sur le sida, on parle plus globalement de migrants (qu'ils aient la nationalité française ou non).

La population de nationalité étrangère vivant en France, selon le dernier recensement de 1999, s'élève à **3 263 186 personnes, soit 6,1 % de la population générale vivant en France**.

La population immigrée s'élève, quant à elle, à **4 310 000 personnes, soit 7,4 % de la population générale vivant en France**.

Les données sur la population étrangère en France recensée en 1999 sont consultables en partie sur le site INSEE (www.recensement.insee.fr).

Le tableau 3 ci après recense la population étrangère en fonction du sexe et de la région d'habitation.

Des données plus précises peuvent être obtenues auprès de la DPM :

Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité
Direction de la Population et des Migrations
Centre d'information et de documentation (CID)
10/16, rue Brancion - 3ème étage - Pièce 304
75015 Paris
Tél. : 01 40 56 56 71 ou 01 40 56 40 72 ,

Ce centre est ouvert au public interne du lundi au vendredi de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 17 heures 30 et au public externe sur rendez-vous du mardi au vendredi de 14 heures à 17 heures.

**Tableau 3 - Nombre d'étrangers vivant en France selon la région de résidence et la nationalité
(données INSEE, recensement 1999)**

Région de résidence	TOTAL	Nationalités de l'Union Européenne				Algériens	Marocains	Tunisiens	Nationalités de l'Afrique anciennement sous administration française	Turcs	Vietnamiens, Laotiens, Cambodgiens	Autres
		Total U.E	dont Espagnols	dont Italiens	dont Portugais							
ENSEMBLE	3 258 539	1 194 135	160 194	200 632	555 383	475 216	506 305	153 574	211 096	205 589	62 964	449 660
Alsace	126 799	48 361	4 649	11 366	11 170	12 163	14 276	2 618	3 108	28 270	2 270	15 733
Aquitaine	106 699	60 736	16 649	4 270	25 777	5 857	21 090	1 581	4 403	3 501	1 587	7 944
Auvergne	42 904	22 990	2 303	1 547	16 306	3 763	5 570	788	877	4 835	493	3 588
Bourgogne	63 888	28 312	3 055	4 976	16 321	6 206	13 828	2 265	1 222	4 999	849	6 207
Bretagne	32 294	13 616	1 021	784	3 779	1 756	4 051	542	2 103	3 513	1 425	5 288
Centre	98 485	40 713	4 025	2 187	28 929	7 494	21 433	1 828	5 145	10 701	3 173	7 998
Champagne Ardenne	50 394	18 856	2 199	3 115	9 614	8 927	9 332	1 127	1 879	4 717	1 966	3 590
Corse	25 673	7 713	321	2 523	3 730	604	13 735	2 136	190	7	32	1 256
Franche-Comté	54 615	14 815	1 377	3 640	7 850	8 236	11 597	1 058	1 170	9 877	997	6 865
Ile-de-France	1 298 117	425 806	43 721	43 046	273 951	189 235	145 551	58 989	138 065	50 580	28 125	261 766
Languedoc Roussillon	132 340	53 064	23 243	4 218	8 975	14 782	43 959	2 113	3 025	2 969	1 713	10 715
Limousin	19 865	8 724	741	443	5 011	1 836	2 650	395	810	2 807	774	1 869
Lorraine	128 142	61 232	3 726	25 102	12 253	20 495	17 183	1 764	2 263	16 275	1 086	7 844
Midi-Pyrénées	99 894	51 320	12 333	7 188	16 127	10 506	17 517	2 492	4 014	1 769	2 099	10 177
Nord - Pas de Calais	131 695	43 318	3 103	11 733	13 143	30 183	35 741	2 180	4 779	2 631	1 276	11 587
Basse Normandie	20 463	8 108	700	617	2 284	1 659	2 642	419	1 183	3 177	557	2 718
Haute Normandie	48 634	13 235	1 168	1 397	7 290	8 608	9 105	1 845	7 787	3 595	425	4 034
Pays de la Loire	42 812	14 912	1 229	935	6 214	3 919	6 820	2 430	3 321	3 782	1 569	6 059
Picardie	62 613	23 697	2 406	2 191	14 257	6 798	14 665	1 444	4 780	3 939	604	6 686
Poitou Charente	25 610	14 322	1 146	666	6 648	1 594	3 118	524	1 574	718	565	3 195
Prov - Alpes - Côte Azur	282 754	90 501	13 840	30 458	14 419	54 078	54 248	38 629	10 298	4 565	3 680	26 755
Rhône Alpes	363 849	129 784	17 239	38 230	51 335	76 517	38 194	26 407	9 100	38 362	7 699	37 786

II - Données épidémiologiques (source INVS)

Des tableaux issus des données de la surveillance du sida au 31 décembre 2002, faisant figurer la répartition par nationalité, figurent aux pages 35 à 44 du rapport annexé "Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Iles de France en 2002" - InVS, février 2004.

"Le nombre de nouveaux cas de sida liés à une contamination par rapports hétérosexuels augmente depuis 2000 : au 1^{er} semestre 2002, il est estimé à environ 400." (*dont plus de la moitié concerne des personnes d'Afrique subsaharienne*).

"C'est parmi les cas de sida liés à une contamination hétérosexuelle que l'on **observe la plus forte proportion de personnes qui n'ont pas eu recours au dépistage du VIH** (...) Parmi les personnes contaminées par rapports hétérosexuels, l'absence de dépistage du VIH avant le sida concerne, quelle que soit la période de diagnostic considérée, une part plus importante d'hommes (70 % au 1^{er} semestre 2002) que de femmes (55% au 1^{er} semestre 2002).

Sur la même période, **l'absence de traitement antirétroviral préalable au diagnostic de sida**, malgré la connaissance de la séropositivité, est aussi plus fréquente pour les hétérosexuels (56 % des cas) que pour les autres modes de contamination (50 % chez les UDI et 44 % chez les homosexuels). Chez les hétérosexuels, la proportion de personnes non traitées par antirétroviraux malgré la connaissance de la séropositivité est plus importante chez les hommes (66 %) que chez les femmes (53 %).

Les proportions des différentes nationalités parmi les cas de sida se sont modifiées au cours du temps : la proportion de personnes de nationalité française a beaucoup diminué tandis qu'augmentait **la proportion de personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne**. Ainsi, au 1^{er} semestre 2002, la part des hommes ayant la nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne atteint 15 % des cas de sida masculins et celle des femmes d'Afrique sub-saharienne 42 % des cas féminins.

Sur la période 2001-juin 2002, les nationalités les plus représentées parmi les personnes d'Afrique sub-saharienne sont la nationalité congolaise, la nationalité camerounaise, la nationalité malienne et la nationalité sénégalaise.

Quelle que soit l'année de diagnostic considérée, la plupart (7 à 8 sur 10) des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne sont **domiciliées en Ile de France**."

Extraits de "Surveillance du VIH/sida en France -Rapport semestriel n° "1 - InVS - avril 2003

Tableau 4. Répartition des cas de sida selon la « nationalité » rapportée à la population vivant en France

Nationalité	Nombre d'habitants en France 2002*	Nb d'habitants /population totale (%)	Nb de cas de SIDA diagnostiqués cumulés**	Nb de cas de SIDA /Nb total de cas cumulés (%)	Taux d'incidence cumulée (pour 1000 habitants)
Toutes	59 344 025	100	54 665	100,0	0,92
France	55 994 117	94,4	45 961	84,1	0,82
Etrangers	3 405 020	5,7	8 704	15,9	2,56
Maghreb	1 184 247	2,0	1 804	3,3	1,52
Afrique sub-sahar.	318 373	0,5	3 287	6,0	10,32
Amérique hors Haïti	96 292	0,2	589	1,1	6,12
Haïti	33 584	0,1	1 047	1,9	31,18
Asie	402 902	0,7	376	0,7	0,93
Europe	1 322 545	2,2	1 469	2,7	1,11

*Estimation de l'INSEE pour la population totale et Ministère de l'Intérieur pour la population étrangère

** cumulés depuis le début de l'épidémie - Données InVS au 31/12/2002

Tableau 5. Répartition des cas de sida diagnostiqués entre janvier 2001 et décembre 2002, par région de domicile et "nationalité". Source InVS - Données au 31 décembre 2002, redressées pour les délais de déclaration

Région de domicile	France	Afrique sub-Saharienne	Afrique du nord	Autres nationalités	Nombre de cas total
ALSACE	70%	20%	0%	10%	66
AQUITAINE	90%	5%	0%	5%	98
AUVERGNE	82%	10%	3%	5%	44
BOURGOGNE	87%	0%	4%	9%	28
BRETAGNE	92%	7%	0%	1%	88
CENTRE	80%	10%	6%	4%	63
CHAMP/ARDENNE	76%	24%	0%	0%	27
CORSE	100%	0%	0%	0%	3
FRANCHE-COMTE	92%	0%	0%	8%	16
ILE-DE-FRANCE	49%	37%	6%	8%	1693
LANGUEDOC	92%	7%	0%	1%	108
LIMOUSIN	100%	0%	0%	0%	12
LORRAINE	100%	0%	0%	0%	27
MIDI-PYRENEES	92%	3%	0%	5%	82
NORD-PAS DE CALAIS	71%	19%	2%	8%	78
BASSE-NORMANDIE	77%	23%	0%	0%	24
HAUTE-NORMANDIE	72%	23%	2%	3%	69
PAYS DE LA LOIRE	86%	11%	2%	1%	93
PICARDIE	70%	22%	0%	8%	30
POITOU-CHARENTES	95%	5%	0%	0%	58
PACA	90%	2%	3%	5%	304
RHÔNE-ALPES	79%	13%	2%	6%	176
DOM	60%	2%	0%	38%	332
METROPOLE + DOM	66%	21%	3%	10%	3483

TABLEAUX EXTRAITS DE L'ANNEXE DE L'ETUDE DE L'InVS

« Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002 »

Nadia Valin, Florence Lot, Christine Larsen, Pascal Gouëzel, Thierry Blanchon, Anne Laporte

Données de la surveillance du sida au 31 décembre 2002

Source Institut de veille sanitaire

Tableau 1: Evolution du nombre de nouveaux cas de sida par année de diagnostic (depuis 1994) et évolution du nombre de décès par sida par année de décès chez les sujets adultes de nationalité française et chez ceux de nationalité étrangère (données au 31/12/2002 redressées en 2001 et 2002 pour les délais de déclaration)

	Sujets de nationalité française		Sujets de nationalité étrangère		Dont sujets d'Afrique subsaharienne	
	Nombre de cas	Nombre de décès	Nombre de cas	Nombre de décès	Nombre de cas	Nombre de décès
	1994	4 807	3 660	813	425	303
1995	4 473	3 459	708	405	258	130
1996	3 331	2 499	588	300	241	107
1997	1 771	942	429	131	195	52
1998	1 480	622	363	99	178	38
1999	1 314	589	431	73	221	36
2000	1 187	486	465	88	266	44
2001	1 084	440	489	99	306	52
2002*	1 172	575	719	126	504	71

* Attention : pour 2002, le nombre de cas de sida pourrait être surestimé par les calculs de redressement, en raison d'un raccourcissement des délais de notification constaté à la fin de 2002.

Tableau 2 : Nombre de nouveaux cas de sida chez les adultes domiciliés en France par nationalité et année de diagnostic (données au 31/ 12/ 2002)

Nationalité d'un pays d'	Année de diagnostic																	
	<1987	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002*	Total
Afrique du nord	29	49	93	123	150	154	160	188	201	182	123	79	73	68	56	46	44	1 818
	1,4 %	2,3 %	3,2 %	3,3 %	3,6 %	3,4 %	3,2 %	3,5 %	3,6 %	3,5 %	3,1 %	3,6 %	4,0 %	3,9 %	3,4 %	3,0 %	3,8 %	3,3 %
Afrique subsaharienne	81	54	73	83	122	174	214	253	303	258	241	195	178	221	266	296	275	3 287
	4,0 %	2,6 %	2,5 %	2,2 %	2,9 %	3,9 %	4,2 %	4,7 %	5,4 %	5,0 %	6,1 %	8,8 %	9,6 %	12,6 %	16,0 %	19,2 %	23,7 %	6,0 %
Amérique (hors Haïti)	62	37	38	51	61	58	54	43	51	41	37	22	19	30	35	32	18	689
	3,0 %	1,7 %	1,3 %	1,4 %	1,5 %	1,3 %	1,1 %	0,8 %	0,9 %	0,8 %	0,9 %	1,0 %	1,0 %	1,7 %	2,1 %	2,1 %	1,6 %	1,3 %
Haïti	101	50	46	54	71	66	76	60	102	79	57	43	35	50	53	56	48	1 047
	5,0 %	2,4 %	1,6 %	1,5 %	1,7 %	1,5 %	1,5 %	1,1 %	1,8 %	1,5 %	1,5 %	1,9 %	1,9 %	2,8 %	3,2 %	3,6 %	4,1 %	1,9 %
Asie	14	12	15	18	31	36	20	29	37	26	19	20	12	20	19	23	25	376
	0,7 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,7 %	0,8 %	0,4 %	0,5 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %	0,9 %	0,6 %	1,1 %	1,1 %	1,5 %	2,2 %	0,7 %
Europe (hors France)	77	64	88	111	138	134	141	134	118	121	110	67	46	42	36	24	18	1 469
	3,8 %	3,0 %	3,0 %	3,0 %	3,3 %	3,0 %	2,8 %	2,5 %	2,1 %	2,3 %	2,8 %	3,0 %	2,5 %	2,4 %	2,2 %	1,6 %	1,6 %	2,7 %
France	1 662	1 842	2 562	3 239	3 578	3 883	4 380	4 667	4 807	4 473	3 331	1 771	1 480	1 314	1 187	1 058	727	45 961
	81,6 %	87,1 %	87,7 %	87,8 %	86,1 %	86,1 %	86,7 %	86,7 %	85,5 %	86,3 %	84,9 %	80,3 %	80,1 %	74,7 %	71,4 %	68,6 %	62,7 %	83,9 %
Autre/inconnu	11	8	6	10	6	5	8	7	3	4	4	9	5	15	10	7	5	123
	0,5 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,3 %	0,9 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %	0,2 %
Total	2 037	2 116	2 921	3 689	4 157	4 510	5 053	5 381	5 622	5 184	3 922	2 206	1 848	1 760	1 662	1 542	1 160	54 770
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* Données provisoires

Tableau 3 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1978, par nationalité et sexe (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Sexe		Total
	F	M	
Afrique du nord	312	1 506	1 818
	17,2 %	82,8 %	100,0 %
Afrique subsaharienne	1 353	1 934	3 287
	41,2 %	58,8 %	100,0 %
Amérique (hors Haïti)	114	575	689
	16,5 %	83,5 %	100,0 %
Haïti	417	630	1 047
	39,8 %	60,2 %	100,0 %
Asie	38	338	376
	10,1 %	89,9 %	100,0 %
Europe (hors France)	219	1 250	1 469
	14,9 %	85,1 %	100,0 %
France	7 732	38 229	45 961
	16,8 %	83,2 %	100,0 %
Autre/inconnu	20	103	123
	16,3 %	83,7 %	100,0 %
Total	10 205	44 565	54 770
	18,6 %	81,4 %	100,0 %

Tableau 4a : Nombre de nouveaux cas de sida chez les femmes adultes domiciliées en France par nationalité et année de diagnostic (données au 31/ 12/ 2002)

Nationalité d'un pays d'	Année de diagnostic																	Total
	<1987	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002*	
Afrique du nord	4	5	9	16	27	29	22	29	36	44	21	13	9	13	13	12	10	312
	1,6 %	1,8 %	2,3 %	2,9 %	4,1 %	4,0 %	2,6 %	2,8 %	3,2 %	4,2 %	2,6 %	2,8 %	2,2 %	3,1 %	2,9 %	3,0 %	3,0 %	3,1 %
Afrique subsaharienne	32	16	29	29	47	63	75	107	105	84	100	83	65	85	144	151	138	1 353
	12,9 %	5,9 %	7,3 %	5,2 %	7,1 %	8,6 %	8,8 %	10,2 %	9,5 %	8,0 %	12,5 %	17,6 %	16,1 %	20,5 %	31,8 %	37,5 %	42,1 %	13,3 %
Amérique (hors Haïti)	3	2	3	1	5	4	10	11	10	9	8	5	8	11	13	5	6	114
	1,2 %	0,7 %	0,8 %	0,2 %	0,8 %	0,5 %	1,2 %	1,0 %	0,9 %	0,9 %	1,0 %	1,1 %	2,0 %	2,7 %	2,9 %	1,2 %	1,8 %	1,1 %
Haïti	38	16	16	20	30	27	36	27	33	37	24	14	14	17	24	28	16	417
	15,3 %	5,9 %	4,0 %	3,6 %	4,5 %	3,7 %	4,2 %	2,6 %	3,0 %	3,5 %	3,0 %	3,0 %	3,5 %	4,1 %	5,3 %	6,9 %	4,9 %	4,1 %
Asie	0	1	0	1	2	3	3	2	4	1	2	2	0	7	2	3	5	38
	0,0 %	0,4 %	0,0 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %	0,3 %	0,4 %	0,0 %	1,7 %	0,4 %	0,7 %	1,5 %	0,4 %
Europe (hors France)	6	9	8	17	15	18	21	22	22	21	22	10	6	7	7	6	2	219
	2,4 %	3,3 %	2,0 %	3,1 %	2,3 %	2,5 %	2,5 %	2,1 %	2,0 %	2,0 %	2,8 %	2,1 %	1,5 %	1,7 %	1,5 %	1,5 %	0,6 %	2,1 %
France	165	224	335	472	536	585	688	850	899	849	621	342	301	269	249	196	151	7 732
	66,3 %	82,1 %	83,8 %	84,7 %	80,8 %	80,0 %	80,4 %	80,9 %	81,1 %	81,2 %	77,8 %	72,5 %	74,7 %	65,0 %	55,0 %	48,6 %	46,0 %	75,8 %
Autre/inconnu	1	0	0	1	1	2	1	3	0	0	0	3	0	5	1	2	0	20
	0,4 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,6 %	0,0 %	1,2 %	0,2 %	0,5 %	0,0 %	0,2 %
Total	249	273	400	557	663	731	856	1 051	1 109	1 045	798	472	403	414	453	403	328	10 205
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* Données provisoires

Tableau 4b : Nombre de nouveaux cas de sida chez les hommes adultes domiciliés en France par nationalité et année de diagnostic (données au 31/ 12/ 2002)

Nationalité d'un pays d'	Année de diagnostic																	Total
	<1987	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001*	2002*	
Afrique du nord	25	44	84	107	123	125	138	159	165	138	102	66	64	55	43	34	34	1 506
	1,4 %	2,4 %	3,3 %	3,4 %	3,5 %	3,3 %	3,3 %	3,7 %	3,7 %	3,3 %	3,3 %	3,8 %	4,4 %	4,1 %	3,6 %	3,0 %	4,1 %	3,4 %
Afrique subsaharienne	49	38	44	54	75	111	139	146	198	174	141	112	113	136	122	145	137	1 934
	2,7 %	2,1 %	1,7 %	1,7 %	2,1 %	2,9 %	3,3 %	3,4 %	4,4 %	4,2 %	4,5 %	6,5 %	7,8 %	10,1 %	10,1 %	12,7 %	16,5 %	4,3 %
Amérique (hors Haïti)	59	35	35	50	56	54	44	32	41	32	29	17	11	19	22	27	12	575
	3,3 %	1,9 %	1,4 %	1,6 %	1,6 %	1,4 %	1,0 %	0,7 %	0,9 %	0,8 %	0,9 %	1,0 %	0,8 %	1,4 %	1,8 %	2,4 %	1,4 %	1,3 %
Haïti	63	34	30	34	41	39	40	33	69	42	33	29	21	33	29	28	32	630
	3,5 %	1,8 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %	1,0 %	0,8 %	1,5 %	1,0 %	1,1 %	1,7 %	1,5 %	2,5 %	2,4 %	2,5 %	3,8 %	1,4 %
Asie	14	11	15	17	29	33	17	27	33	25	17	18	12	13	17	20	20	338
	0,8 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,8 %	0,9 %	0,4 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,5 %	1,0 %	0,8 %	1,0 %	1,4 %	1,8 %	2,4 %	0,8 %
Europe (hors France)	71	55	80	94	123	116	120	112	96	100	88	57	40	35	29	18	16	1 250
	4,0 %	3,0 %	3,2 %	3,0 %	3,5 %	3,1 %	2,9 %	2,6 %	2,1 %	2,4 %	2,8 %	3,3 %	2,8 %	2,6 %	2,4 %	1,6 %	1,9 %	2,8 %
France	1 497	1 618	2 227	2 767	3 042	3 298	3 692	3 817	3 908	3 624	2 710	1 429	1 179	1 045	938	862	576	38 229
	83,7 %	87,8 %	88,3 %	88,3 %	87,1 %	87,3 %	88,0 %	88,2 %	86,6 %	87,6 %	86,7 %	82,4 %	81,6 %	77,6 %	77,6 %	75,7 %	69,2 %	85,8 %
Autre/inconnu	10	8	6	9	5	3	7	4	3	4	4	6	5	10	9	5	5	103
	0,6 %	0,4 %	0,2 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,3 %	0,3 %	0,7 %	0,7 %	0,4 %	0,6 %	0,2 %
Total	1 788	1 843	2 521	3 132	3 494	3 779	4 197	4 330	4 513	4 139	3 124	1 734	1 445	1 346	1 209	1 139	832	44 565
	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

* Données provisoires

Tableau 5 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1978, par nationalité et mode de contamination (données au 31/ 12/ 2002)

Nationalité d'un pays d'	Mode de contamination				rapports hétérosexuels	transfusion	inconnu	Total
	rapports homosexuels (1)	usage de drogues IV (2)	(1) et (2)	injection de produits anti- hémophiliques				
Afrique du nord	249 13,7 %	749 41,2 %	23 1,3 %	15 0,8 %	477 26,2 %	50 2,8 %	255 14,0 %	1 818 100,0 %
Afrique subsaharienne	98 3,0 %	45 1,4 %	2 0,1 %	0 0,0 %	2 918 88,8 %	28 0,9 %	196 6,0 %	3 287 100,0 %
Amérique (hors Haïti)	428 62,1 %	20 2,9 %	14 2,0 %	1 0,1 %	187 27,1 %	4 0,6 %	35 5,1 %	689 100,0 %
Haïti	27 2,6 %	4 0,4 %	1 0,1 %	0 0,0 %	950 90,7 %	10 1,0 %	55 5,3 %	1 047 100,0 %
Asie	187 49,7 %	29 7,7 %	1 0,3 %	2 0,5 %	90 23,9 %	12 3,2 %	55 14,6 %	376 100,0 %
Europe (hors France)	583 39,7 %	497 33,8 %	28 1,9 %	11 0,7 %	207 14,1 %	37 2,5 %	106 7,2 %	1 469 100,0 %
France	22 040 48,0 %	11 112 24,2 %	538 1,2 %	522 1,1 %	7 548 16,4 %	1 584 3,4 %	2 617 5,7 %	45 961 100,0 %
Autre/inconnu	40 32,5 %	37 30,1 %	4 3,3 %	0 0,0 %	16 13,0 %	3 2,4 %	23 18,7 %	123 100,0 %
Total	23 652 43,2 %	12 493 22,8 %	611 1,1 %	551 1,0 %	12 393 22,6 %	1 728 3,2 %	3 342 6,1 %	54 770 100,0 %

Tableau 6 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1994, par nationalité et selon la connaissance ou non de la séropositivité VIH au moment de l'entrée dans le sida (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Connaissance de la séropositivité			Total
	oui	non	inconnu	
Afrique du nord	542 62,2 %	324 37,2 %	6 0,7 %	872 100,0 %
Afrique subsaharienne	897 40,2 %	1 327 59,4 %	9 0,4 %	2 233 100,0 %
Amérique (hors Haïti)	152 53,1 %	133 46,5 %	1 0,3 %	286 100,0 %
Haïti	251 48,0 %	271 51,8 %	1 0,2 %	523 100,0 %
Asie	87 43,3 %	113 56,2 %	1 0,5 %	201 100,0 %
Europe (hors France)	375 64,4 %	206 35,4 %	1 0,2 %	582 100,0 %
France	14 664 72,8 %	5 401 26,8 %	85 0,4 %	20 150 100,0 %
Autre/inconnu	34 54,8 %	26 41,9 %	2 3,2 %	62 100,0 %
Total	17 002 68,3 %	7 801 31,3 %	106 0,4 %	24 909 100,0 %

Tableau 7 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1994, connaissant leur séropositivité au moment de l'entrée dans le sida, selon la nationalité et selon la prise ou non d'un traitement antirétroviral avant le sida (données au 31/12/2002)

Nationalité d'un pays d'	Traitement antirétroviral pré-sida			Total
	oui	non	inconnu	
Afrique du nord	261 48,2 %	275 50,7 %	6 1,1 %	542 100,0 %
Afrique subsaharienne	418 46,6 %	464 51,7 %	15 1,7 %	897 100,0 %
Amérique (hors Haïti)	63 41,4 %	85 55,9 %	4 2,6 %	152 100,0 %
Haïti	86 34,3 %	159 63,3 %	6 2,4 %	251 100,0 %
Asie	41 47,1 %	46 52,9 %	0 0,0 %	87 100,0 %
Europe (hors France)	202 53,9 %	157 41,9 %	16 4,3 %	375 100,0 %
France	8 380 57,1 %	6 013 41,0 %	271 1,8 %	14 664 100,0 %
Autre/inconnu	18 52,9 %	13 38,2 %	3 8,8 %	34 100,0 %
Total	9 469 55,7 %	7 212 42,4 %	321 1,9 %	17 002 100,0 %

Tableau 8 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en France, cumulés depuis 1978, par région de domicile et nationalité (données au 31/ 12/ 2002)

Région de domicile	Afrique du nord	Afrique subsaharienne	Amérique (hors Haïti)	Haïti	Asie	Europe (hors France)	France	Autre/inconnu	Total
Alsace	10	23	3	0	8	13	566	4	627
	0,6 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %	2,1 %	0,9 %	1,2 %	3,3 %	1,1 %
Aquitaine	21	30	7	1	6	63	2 410	2	2 540
	1,2 %	0,9 %	1,0 %	0,1 %	1,6 %	4,3 %	5,2 %	1,6 %	4,6 %
Auvergne	6	15	2	0	0	19	469	0	511
	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %	1,3 %	1,0 %	0,0 %	0,9 %
Bourgogne	22	18	2	0	1	10	526	1	580
	1,2 %	0,5 %	0,3 %	0,0 %	0,3 %	0,7 %	1,1 %	0,8 %	1,1 %
Bretagne	10	24	3	0	3	7	1 002	0	1 049
	0,6 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %	0,8 %	0,5 %	2,2 %	0,0 %	1,9 %
Centre	12	65	2	0	3	18	835	0	935
	0,7 %	2,0 %	0,3 %	0,0 %	0,8 %	1,2 %	1,8 %	0,0 %	1,7 %
Champagne-Ardenne	7	14	1	0	0	7	415	1	445
	0,4 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %
Corse	2	0	0	0	0	5	235	0	242
	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,3 %	0,5 %	0,0 %	0,4 %
Franche-Comté	6	4	1	0	4	8	291	0	314
	0,3 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	1,1 %	0,5 %	0,6 %	0,0 %	0,6 %
Ile-de-France	1 355	2 532	399	350	290	798	19 566	65	25 355
	74,5 %	77,0 %	57,9 %	33,4 %	77,1 %	54,3 %	42,6 %	52,8 %	46,3 %
Languedoc-Roussillon	29	35	4	1	5	48	1 759	6	1 887
	1,6 %	1,1 %	0,6 %	0,1 %	1,3 %	3,3 %	3,8 %	4,9 %	3,4 %
Limousin	1	12	1	0	0	3	311	0	328
	0,1 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,2 %	0,7 %	0,0 %	0,6 %
Lorraine	15	13	3	0	1	13	596	0	641
	0,8 %	0,4 %	0,4 %	0,0 %	0,3 %	0,9 %	1,3 %	0,0 %	1,2 %
Midi-Pyrénées	12	39	10	0	3	144	1 594	11	1 813
	0,7 %	1,2 %	1,5 %	0,0 %	0,8 %	9,8 %	3,5 %	8,9 %	3,3 %
Nord-Pas-de-Calais	13	62	3	1	5	10	876	1	971
	0,7 %	1,9 %	0,4 %	0,1 %	1,3 %	0,7 %	1,9 %	0,8 %	1,8 %

Tableau 9 : Répartition des cas de sida adultes domiciliés en Ile- de- France, cumulés depuis 1978, par département de domicile et nationalité (données au 31/12/ 2002)

Département de domicile	Afrique du nord	Afrique subsaharienne	Amérique (hors Haïti)	Haïti (hors France)	Asie	Europe	France	Autre/ inconnu	Total	
75- Paris	438 32,3 %	996 39,3 %	338 84,7 %	93 26,6 %	160 55,2 %	463 58,0 %	9 856 50,4 %	24 36,9 %	12 368 48,8 %	
77- Seine et Marne	36 2,7 %	135 5,3 %	3 0,8 %	11 3,1 %	4 1,4 %	29 3,6 %	807 4,1 %	5 7,7 %	1 030 4,1 %	
78- Yvelines	64 4,7 %	85 3,4 %	1 0,3 %	6 1,7 %	10 3,4 %	29 3,6 %	945 4,8 %	4 6,2 %	1 144 4,5 %	
91- Essonne	33 2,4 %	127 5,0 %	5 1,3 %	13 3,7 %	9 3,1 %	26 3,3 %	952 4,9 %	4 6,2 %	1 169 4,6 %	
92- Hauts-de-Seine	216 15,9 %	221 8,7 %	19 4,8 %	58 16,6 %	23 7,9 %	83 10,4 %	2 185 11,2 %	11 16,9 %	2 816 11,1 %	
93- Seine-Saint-Denis	326 24,1 %	537 21,2 %	17 4,3 %	82 23,4 %	40 13,8 %	71 8,9 %	2 090 10,7 %	10 15,4 %	3 173 12,5 %	
94- Val-de-Marne	144 10,6 %	237 9,4 %	14 3,5 %	39 11,1 %	32 11,0 %	67 8,4 %	1 798 9,2 %	6 9,2 %	2 337 9,2 %	
95- Val d'Oise	98 7,2 %	194 7,7 %	2 0,5 %	48 13,7 %	12 4,1 %	30 3,8 %	933 4,8 %	1 1,5 %	1 318 5,2 %	
Total	1 355 100,0 %	2 532 100,0 %	399 100,0 %	350 100,0 %	290 100,0 %	798 100,0 %	19 566 100,0 %	6525 355	100,0 %	100,0

Des données sur le sida dans le monde sont téléchargeables à l'adresse suivante :
www.unaids.org

COMMUNIQUE DE PRESSE - OMS

Londres, 25 novembre 2003

L'épidémie mondiale de SIDA ne montre aucun signe de fléchissement; Le nombre d'infections et de décès dus au VIH est le plus élevé jamais atteint

Aggravation rapide des épidémies récentes de VIH en Asie et en Europe orientale
Malgré des améliorations, les efforts actuels en matière de prévention et de soins sont insuffisants

L'épidémie mondiale de SIDA ne montre aucun signe de fléchissement. Cinq millions de personnes ont été infectées par le VIH dans le monde et 3 millions en sont mortes rien que cette année -- chiffres encore jamais atteints. Ces données figurent dans "Le point sur l'épidémie de SIDA 2003", un nouveau rapport complet sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA publié aujourd'hui par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en avance de la Journée mondiale SIDA, commémorée le 1er décembre.

Un adulte sur cinq en Afrique australe vit aujourd'hui avec le VIH/SIDA, ce qui représente le taux le plus élevé depuis le début de l'épidémie. Si les taux d'infection varient considérablement d'un bout à l'autre de l'Afrique subsaharienne, de moins de 1% en Mauritanie à près de 39% au Botswana et au Swaziland, l'ampleur de l'épidémie indique que le VIH/SIDA est maintenant fermement implanté dans la plupart des pays de la région.

Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, des niveaux élevés de mortalité du SIDA coïncident maintenant avec le taux élevé des nouvelles infections, créant un cycle de maladie et de mort dû dans une large mesure à l'absence presque totale de programmes à grande échelle de prévention du VIH ou de traitements antirétroviraux.

Selon le nouveau rapport, on estime que 40 (entre 34 et 46)* millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde, dont 2,5 (entre 2,1 et 2,9) millions d'enfants de moins de 15 ans. Sur l'ensemble du monde, on estime que 5 (4,2-5,8) millions de personnes ont été infectées et 3 (2,5-3,5) millions de personnes sont mortes du SIDA en 2003. L'Afrique subsaharienne, région du monde la plus gravement touchée, compte plus de 3 millions de ces nouvelles infections et 2,3 millions des décès. On estime que chaque jour de 2003, quelque 14 000 personnes ont été infectées par le VIH. Plus de 95% d'entre elles vivent dans des pays à faible et moyen revenu.

"Le monde met aujourd'hui en place une riposte plus importante au SIDA grâce à des initiatives individuelles comme le Plan d'urgence sur le SIDA du Gouvernement des Etats-Unis et le Fonds mondial contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme," a déclaré le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA. "Pourtant, il est tout à fait évident que nos efforts actuels à l'échelle mondiale sont totalement insuffisants pour contrer une épidémie qui continue à grimper en flèche de manière incontrôlée. Le SIDA resserre son emprise sur l'Afrique australe et menace d'autres régions du monde. Le rapport d'aujourd'hui est une mise en garde pour les régions qui connaissent des épidémies de VIH récentes : elles peuvent agir aujourd'hui ou le payer demain -- comme l'Afrique doit maintenant le faire."

Le SIDA continue à dominer en Afrique, frappant les femmes de manière disproportionnée

On estime que 26,6 (25-28,2) millions de personnes vivent avec le VIH en 2003 en Afrique subsaharienne et que 3,2 (3-3,4) millions de personnes dans la région ont contracté l'infection au cours de l'année écoulée. Environ 30% des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans le monde se trouvent en Afrique australe, une région qui abrite à peine 2% de la population du globe. A elle seule, l'Afrique du Sud comptait quelque 5,3 millions de personnes vivant avec le VIH à fin 2002 -- plus que n'importe quel autre pays du monde.

"Les effets sociaux et économiques les plus dévastateurs du SIDA sont encore à venir," a déclaré le Dr Piot. "Un accès généralisé aux traitements atténuerait considérablement l'impact catastrophique du VIH/SIDA, qui affecte tous les secteurs, de l'agriculture à la défense nationale. Des programmes efficaces de prévention du VIH doivent être massivement élargis si nous voulons avoir une chance réaliste de réduire le nombre de nouvelles infections."

L'épidémie est particulièrement dévastatrice pour les femmes en Afrique subsaharienne, où les femmes ont plus de risque d'être infectées par le VIH que les hommes. Cette différence est particulièrement importante chez les jeunes, les jeunes femmes de 15 à 24 ans ayant 2,5 fois plus de risque d'être infectées que les jeunes hommes du même groupe d'âge.

Propagation rapide du VIH dans de nombreuses régions, accélérée par la consommation de drogues injectables et les rapports sexuels non protégés

Une nouvelle vague d'épidémies de VIH menace la Chine, l'Inde, l'Indonésie et la Russie, en raison principalement de la transmission du VIH due à la consommation de drogues injectables et aux rapports sexuels non protégés. Le nouveau rapport de l'ONUSIDA/OMS donne de nombreux signes d'avertissement à l'Europe orientale et à l'Asie centrale, qui pourraient bien devenir le site de nouvelles épidémies graves de VIH. Les taux de prévalence dans ces régions continuent leur hausse et ne montrent aucun signe de fléchissement.

Les jeunes figurent parmi les plus durement frappés par le VIH/SIDA dans cette partie du monde. Si les jeunes hommes continuent à subir le plus gros de l'épidémie, 33% des personnes qui étaient infectées à fin 2002 étaient des femmes, par rapport à 24% un an plus tôt. Malgré la prévalence croissante de l'infection à VIH, les activités de proximité, telles que l'éducation à la sexualité sans risque ou l'adoption de pratiques sûres d'injection, restent très insuffisamment déployées dans ces régions. L'épidémie s'accroît également dans des zones où, il y a peu, le VIH était rare ou inexistant, notamment dans de nombreuses parties de l'Asie et du Pacifique. L'augmentation rapide des infections à VIH en Chine, en Indonésie et au Viet Nam montre avec quelle rapidité une épidémie peut se déclarer en présence de niveaux élevés d'injection de drogues et, c'est le cas en Europe orientale, illustre l'urgence d'une intensification des efforts de prévention avant que l'épidémie ne se propage hors des groupes à haut risque.

La riposte s'améliore mais reste encore bien en deçà des besoins

"Le Point sur l'épidémie de SIDA 2003" note que la riposte au VIH/SIDA, mesurée à l'aune des dépenses et de l'action politique s'est considérablement améliorée au cours de ces dernières années, mais que les progrès restent encore trop modestes et trop lents pour combattre efficacement l'épidémie mondiale croissante.

Le rapport souligne qu'il est urgent d'élargir rapidement l'accès aux traitements, pour tenter d'éviter les effets dévastateurs des millions de maladies et de décès attendus. Pour tenter d'améliorer l'accès aux traitements, l'Organisation mondiale de la Santé, institution chargée de la prise en charge du VIH au sein de l'ONUSIDA, et ses partenaires, élaborent actuellement une stratégie globale de traitement à l'échelle mondiale qui vise à apporter des traitements antirétroviraux à trois millions de personnes d'ici 2005, sous le nom d'initiative '3 x 5'.

"L'Organisation mondiale de la Santé dévoilera la semaine prochaine les plans détaillés de mise en oeuvre de l'initiative '3 x 5', à l'occasion de la commémoration de la Journée

mondiale SIDA," a déclaré le Dr LEE Jong-Wook, Directeur-général de l'Organisation Mondiale de la Santé. "Elle constitue une offensive sans précédent destinée à augmenter le nombre des personnes sous traitement. Cependant, pour que l'initiative '3 X 5' réussisse et que l'accès aux traitements progresse encore dans l'avenir, la communauté internationale doit continuer à accroître son appui financier et logistique. "

En plus des lacunes en matière de traitements, le rapport révèle qu'il se fait étonnamment bien peu de choses pour mettre en oeuvre des programmes même élémentaires de prévention ou de traitement présentant un bon rapport coût-efficacité. Les ressources consacrées à la prévention restent rares, notamment en Afrique subsaharienne où, à l'exception du Sénégal et de l'Ouganda, on ne peut relever que quelques succès en matière de prévention. Dans un grand nombre des pays les plus durement touchés, il n'existe aucun programme national sur les orphelins, la couverture des services de conseil et de test volontaires est mince et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est pratiquement inexistante.

"Avec l'intérêt accru porté à la question brûlante de l'accès aux traitements, le risque existe que la question tout aussi importante de la prévention continue à être négligée," a déclaré le Dr Piot. "On note depuis quelques années un regain d'intérêt en matière d'appui politique, de formulation des politiques et de financement du VIH/SIDA. Il convient de conserver et d'intensifier cet élan -- à la fois pour les traitements et pour la prévention -- si l'on veut inverser le cours de l'épidémie."

"Le point sur l'épidémie de SIDA 2003" note également que près de 40% des pays qui ont fait rapport sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA (adoptée à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2001) n'ont toujours pas adopté de législation visant à prévenir la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Une telle législation est cruciale pour les efforts de prévention, car elle peut aider les individus à faire un dépistage du VIH sans craindre la persécution et la discrimination. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH est le thème de la Campagne mondiale contre le SIDA menée par l'ONUSIDA cette année.

Amélioration de la surveillance épidémiologique

Si l'an dernier, "Le point sur l'épidémie de SIDA " estimait que le nombre total des personnes vivant avec le VIH était de 42 millions, l'amélioration de la surveillance épidémiologique montre que la population vivant avec le virus, si elle continue de s'accroître, est légèrement plus réduite qu'on ne le pensait auparavant. Le rapport souligne que cette baisse apparente traduit uniquement une amélioration dans la surveillance du VIH, mais ne représente par une diminution soit des infections, soit des maladies, qui toutes deux continuent leur progression.

Afin de souligner la nécessité d'améliorer la surveillance du VIH dans de nombreux pays, le rapport de cette année comprend également des fourchettes des estimations données sur le VIH/SIDA. De meilleures données et une plus grande compréhension de l'épidémie sont cruciales pour l'efficacité de la planification et de la programmation relatives au VIH/SIDA à l'échelon des pays et des régions.

**LES DONNEES ADMINISTRATIVES RELATIVES AUX TITRES DE SEJOUR
DELIVREES EN RAISON DE L'ETAT DE SANTE**

Tableau 6. - Délivrance des titres de séjour (renouvellements ou 1^{ers} titres) délivrés en 2000, 2001 et 2002 en France métropolitaine* - Part des titres de séjour délivrés en raison de l'état de santé

(source : Ministère de l'Intérieur)

Année	2000	2001	2002
Nombre de titres de séjour délivrés, toutes raisons confondues	590 465	666 780	623 127
Nombre de titres de séjour délivrés en raison de l'état de santé	4 795	7 109	8 987
Part des titres de séjour délivrés en raison de l'état de santé (en pourcentage)	0,8 %	1,06 %	1,4 %

Tableau 7. - Délivrance des titres de séjour (renouvellements ou 1^{ers} titres) délivrés en 2000, 2001 et 2002 dans les départements d'Outre-Mer* - Part des titres de séjour délivrés en raison de l'état de santé (source : Ministère de l'Intérieur)

Année	2001	2002
Nombre de titres de séjour délivrés, toutes raisons confondues	16 318	15 980
Nombre de titres de séjour délivrés en raison de l'état de santé	150	151
Part des titres de séjour délivrés en raison de l'état de santé (en pourcentage)	0,92 %	0,94 %

Les pathologies ne sont bien évidemment pas enregistrées par les Préfectures. Mais on peut se reporter à titre indicatif, pour évaluer la proportion de cas VIH, à l'analyse que fait la Direction de la Population et des Migrations des avis médicaux recensés (avis médicaux émis soit en vue d'établissement de carte de séjour, soit en vue d'établissement d'autorisations provisoires de séjour, soit en vue de surseoir à un arrêté d'expulsion ou à une invitation à quitter le territoire français) :

- Pour l'année 2002, **le VIH concernait 13,6 % des demandeurs** (étude au regard de la pathologie effectuée sur 12 009 avis et sur 78 départements + sondage sur Paris)

* Ces données ne répertorient pas les étrangers auxquels sont délivrés des documents de séjour précaires : convocations, autorisations provisoires de séjour (APS) ou récépissés de demande de premier titre de séjour.

- Pour l'année 2001, **le VIH concernait 10,1 % des demandeurs** (étude au regard de la pathologie effectuée uniquement sur 2 014 avis et sur 14 régions ¹⁶)
- Pour l'année 2000, **le VIH concernait 14 % des demandeurs** (étude au regard de la pathologie effectuée uniquement sur 3827 avis et sur 75 départements)

Les textes de référence relatifs à la délivrance de titres de séjour et de travail en raison de l'état de santé sont les suivants

(tous téléchargeables sur le site du ministère de l'intérieur : www.interieur.gouv.fr) :

- ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 modifiée - article 12bis 11°
- circulaire du 12 mai 1998 relative à l'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 (NOR : INT/D/98/00108C)
- circulaire du 5 mai 2000 relative à la délivrance d'un titre de séjour en application de l'article 12bis 11° de l'ordonnance n° 45-2658 (NOR : INT/D/00/00103/C)
- circulaire du 7 mai 2003 (NOR : INT/D/03/00047/C) relative aux conditions d'application de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998. Cette circulaire annule et remplace les circulaires du 19 décembre 2002 (NOR : INT/D/02/00215/C) et du 10 janvier 2003 (NOR : INT/D/03/00003/C)

¹⁶ En outre, une étude de J.F. Schemann, conduite dans le cadre d'un mémoire de l'ENSP, indique que les cas de VIH représentent 7,5 % parmi les avis médicaux sollicités dans le cadre de l'article 12bis 11° en Seine Saint Denis pour l'année 2002.

**QUELQUES ETUDES RECENTES RELATIVES A LA SANTE
DES POPULATIONS ETRANGERES VIVANT EN FRANCE**

- TRANSCRIPTASES n° 114 - février/mars 2004
Dossier "Migrations et pandémie VIH vues de France"
Site internet : www.lecrips.net
- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS) - Février 2004
"Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002
Site internet : www.invs.sante.fr
- CRIPS - Lettre d'Information 68 - décembre 2003
L'accès aux soins des migrants : état des lieux et expériences
Site internet : www.lecrips.net
- OBSERVATOIRE DU DROIT A LA SANTE DES ETRANGERS (ODSE)
« Rapport d'observation - juin 2003 » (juillet 2003) centré sur la question de l'accès au séjour pour raisons médicales
site internet : www.odse.eu.org
- COMEDE – Le Guide du Comede 2003
« Manuel pratique de prise en charge médico-psycho-sociale des demandeurs d'asile et étrangers en séjour précaire » -
site internet : www.comede.org
- MEDECINS DU MONDE
« Rapport 2002 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du monde » - juin 2003
site internet : www.medecinsdumonde.org
- BEH n° 01/2003 : « Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine » - 31 décembre 2002
Site internet : www.invs.sante.fr
- RAPPORT – Recommandations du groupe d'experts sous la direction du Pr DELFRAISSY : « Prise en charge des personnes infectées par le VIH » - chapitre 23 « Migrants/Etrangers et VIH » - 2002
Site internet : www.sante.gouv.fr
- ANRS : « Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux » - juillet 2002
Site internet : www.anrs.fr
- ORS ILE DE FRANCE / CRIPS ILE DE FRANCE ; « Suivi de l'infection à VIH-Sida en Ile-de-France » - décembre 2002
Site internet : www.ors-idf.org / www.crips.asso.fr
- GISTI : « Guide de la protection sociale des étrangers en France » - 2002
Site internet : www.gisti.org

- INPES – CFES 2002
 - Etude quantitative sur les habitudes média des personnes venant d’Afrique sub saharienne (INPES-BVA) - Etude qualitative exploratoire portant sur les modes et sources d’information à privilégier vis à vis des migrants concernant le VIH sida (INPES-SORGEM)Site internet : www.inpes.sante.fr

- CRESP :
 - « Un traitement inégal – Les discriminations dans l’accès aux soins » (Estelle Carde, Didier Fassin, Nathalie Ferré et Sandrine Musso Dimitrijevic) – 2001
 - D.Fassin « Constructions et expériences de la maladie : une étude anthropologique et sociologique du sida des migrants d’origine africaine dans la région parisienne » - juin 2000Site internet : www.inserm.fr/cresp

- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE « Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France » - avril 1999
Site internet : www.invs.sante.fr

- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé » - chapitre VI-I « Etrangers et français d’origine étrangère » - 1998
Site internet : www.hcsp.ensp.fr

**Extrait du Rapport 2002 sous la direction du Pr J.F. Delfraissy
« Prise en charge des personnes infectées par le VIH »
Recommandations du groupe d'experts**

Médecine-Sciences / FLAMMARION

Chapitre 23 - Migrants/Étrangers et VIH

Le terme « migrant » ne préjuge en rien des raisons profondes (améliorer ses conditions de vie et celles de sa famille, fuir la persécution, étudier, se soigner) ou du type de migration (saisonnier ou durable, familial ou non, demande d'asile). Les termes « immigré » (arrivée, établissement dans une société d'accueil) ou « émigré » (départ, abandon d'une société d'origine) illustrent le double point de vue de la migration, la persistance du lien entre le « ici » et le « là-bas ».

À travers une histoire personnelle et un processus dynamique d'interaction avec l'environnement social, où l'individu n'est pas dépourvu de marge de manœuvre, chaque « migrant » s'élabore une identité multidimensionnelle.

Cependant, les catégories épidémiologiques (nationalité étrangère/nationalité française) et le terme « migrant » utilisés par les acteurs de santé en France obèrent les trajectoires individuelles des personnes et alimentent au passage l'idée d'une infection d'origine étrangère. Le terme « migrant » désigne en effet plus spécifiquement en France « le travailleur originaire d'une région peu développée [...] expatrié pour trouver un travail mieux rémunéré » (*Le Robert*, édition 1995) et fait écho aux relations historiques de domination avec d'anciennes colonies.

Or, mettre en place une relation d'aide au cours d'un dépistage, prendre en charge une personne étrangère vivant avec le VIH, c'est appréhender les circonstances, les motivations, les opportunités (réseaux familiaux, associations de soutien) et les difficultés (analphabétisme, situation administrative) liées à sa migration. Instaurer une relation de confiance thérapeutique, c'est se mettre en position d'échanger des codes de sa propre culture. C'est aussi s'interroger sur ses propres représentations du « migrant/étranger » : beaucoup de « migrants » sont de nationalité française, ou n'ont jamais migré (immigrés dits « de deuxième génération ») et certains étrangers ont pu être contraints à l'exil.

Au-delà des différences culturelles, c'est à ce prix seulement qu'un partenariat thérapeutique peut vraiment se constituer entre « soignant et soigné ».

En matière de lutte contre le SIDA, la prévention et la prise en charge se limitent souvent à l'utilisation d'outils d'éducation à la santé ou à l'administration d'un traitement, qui ne questionnent pas les transformations à l'œuvre dans la société et la participation des individus concernés à la vie de la cité. Les contradictions révélées par le SIDA au sein des « communautés » d'immigrés doivent pourtant être affrontées et la nécessité d'une médiation interindividuelle ou d'animations collectives prend alors tout son sens.

Certaines situations administratives, sociales et économiques difficiles des personnes migrantes/étrangères vivant avec le VIH illustrent bien les inégalités liées à l'immigration, parfois aggravées par la méconnaissance du cadre juridique et social des professionnels de santé et du social en France. Les comportements qui en découlent parfois (vie recluse par peur d'être expulsé, usurpation d'identité pour être soigné, etc.) entraînent un retard dans la prise en charge de ces patients et un suivi médical inadapté et parfois inefficace.

Le maintien sur le territoire français de personnes confrontées à des situations administratives inextricables, au cours desquelles seul leur accès aux soins est possible, sans qu'aucun moyen ne soit prévu pour leur assurer des conditions de vie dignes (à commencer par le logement et l'emploi), soulève les limites du dispositif légal en vigueur. La « double peine » (prison assortie d'une interdiction de territoire), représente à l'extrême l'élimination du corps indésirable de l'étranger.

Ces situations reflètent une absence de réflexion sur les fondements éthiques de l'accueil des étrangers et sur les valeurs qu'une société entend défendre. Les professionnels du domaine social et de la santé doivent s'intéresser à la

dynamique des projets migratoires : les échanges sont ainsi amenés à s'ouvrir au-delà du seul cadre sanitaire et social français.

ÉPIDÉMIOLOGIE

L'épidémiologie de l'infection à VIH en France est marquée depuis quelques années par l'augmentation du nombre des cas chez les étrangers, mais les outils épidémiologiques utilisables sont imparfaits pour chiffrer avec précision cette augmentation (Figure 23-1).

Parmi les nouveaux cas de SIDA déclarés entre 1995 et 2001 (InVS), 15 % concernent des patients de nationalité étrangère, alors que les étrangers ne représentaient que 6 % de la population générale française en 1999. La baisse globale observée depuis 1995 est moindre chez les personnes étrangères. On observe même une augmentation des nouveaux cas déclarés depuis 1999 avec une proportion d'étrangers passant de 14 % en 1995 à 27 % en 2000. Celle-ci est particulièrement élevée pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (+ 46 % entre 1998 et 2000) et des Caraïbes (+ 54 %).

Quelque 72 % des patients étrangers ayant fait l'objet d'une déclaration sont domiciliés en région parisienne. En Ile-de-France, ceux-ci représentent 21,3 % de l'ensemble des cas cumulés pour la période 1978-juin 2001. L'incidence annuelle s'est progressivement accrue pour atteindre 46,4 % en 2000. Les départements où sont enregistrés le plus de nouveaux cas de SIDA chez les étrangers sont la Seine-St-Denis et Paris.

Parmi les patients africains (en particulier d'Afrique centrale et de l'ouest), la proportion de femmes est en très forte hausse (+ 121 %), alors que celle des hommes est stable (+ 4 %). En revanche, l'augmentation est plus homogène chez les patients américains (+ 45 % chez les femmes, + 68 % chez les hommes) originaires en grande majorité des Antilles ou de la Guyane (*voir Chapitre 22*). Leur mode de contamination est majoritairement hétérosexuel.

Les étrangers originaires d'Afrique du Nord, contaminés plutôt par usage de drogue intraveineuse (environ 45 %), sont aussi lourdement touchés, mais la réduction du nombre de nouveaux cas de SIDA parmi eux est comparable à celle observée dans la population française.

Parmi les étrangers, la découverte de l'infection par le VIH est plus souvent tardive, au moment du diagnostic de SIDA (42 % versus 22 % chez les français, source InVS 2000). Cependant, la mortalité liée au SIDA est équivalente lorsqu'on compare patients étrangers et patients français.

Dans l'enquête périnatale française (EPF) colligeant plus de 70 % des grossesses chez des femmes infectées par le VIH en France, les femmes dépistées séropositives pour le VIH au moment de la grossesse sont plus souvent étrangères, originaires d'Afrique du Nord (27 %), d'Afrique subsaharienne (43 %) ou des Antilles-Guyane (21 %) que françaises et métropolitaines (32 %). Le dépistage de l'infection par le VIH demeure plus tardif chez les femmes originaires d'Afrique du Nord (59 %), d'Afrique subsaharienne (48 %) ou des DFA (67 %) que chez les françaises métropolitaines (32 %). Lorsqu'elles sont étrangères, les femmes enceintes infectées par le VIH ne semblent pas pour autant avoir un moindre accès à une prophylaxie de la transmission mère-enfant conforme aux recommandations actuelles en France (chiffres 2000, INSERM U569, M.-J. Mayaux).

Environ 1 % des demandeurs d'asile en France (principalement réfugiés d'Afrique centrale) (Source COMEDE 2001) sont infectés par le VIH. D'autres sources d'information indirecte (proportion des titres de séjour délivrés pour une infection par le VIH, renseignements sur l'aide médicale d'état, DMI-2, analyse des files actives de patients suivis dans les services, etc.) pourraient permettre d'affiner les données épidémiologiques dans cette population mais ne sont pas disponibles. L'enquête actuellement conduite par l'InVS dans la région parisienne auprès des patients étrangers infectés par le VIH suivis en France devrait permettre de mieux connaître cette population.

La croissance rapide de la pandémie liée au VIH dans les pays d'Europe de l'Est fait craindre une augmentation significative de ces ressortissants parmi les migrants/étrangers infectés par le VIH dans les années à venir en France. Il n'y a pour le moment aucune étude épidémiologique spécifique à cette population.

SPÉCIFICITÉ DES MIGRANTS/ÉTRANGERS FACE AU VIH-SIDA

Le manque de données sur la santé des étrangers et des immigrés en France reflète des inégalités préoccupantes en matière d'accès aux soins : inégalités en matière de dépistage (plus tardif) et inégalités d'accès aux traitements (moindre). Cette carence empêchant d'identifier les déterminants de ces inégalités a eu pour conséquence de renforcer les stéréotypes et les positions culturalistes de certains soignants et acteurs de la lutte contre le SIDA. Les obstacles culturels à la prévention et l'observance sont ainsi souvent mis en avant pour expliquer le faible recours des personnes d'origine étrangère au système de soins. Cependant, les résultats des études mises en place depuis quelques années dans certains services hospitaliers ne mettent pas en évidence de différence significative en matière d'observance entre patients étrangers et patients français (Études IPPOTHES 1999 et 2002).

Les spécificités et inégalités dans l'accès au dépistage et aux soins pourraient être expliquées par :

- un faible recours par les structures de soins à l'interprétariat professionnel proposé aux patients ;
- des difficultés liées au « statut d'étranger » des patients. Depuis 1998, les personnes malades du SIDA en situation irrégulière sont régularisables. Or il existe une grande disparité quant à l'application de la loi entre les préfetures, ce qui retarde l'obtention d'un titre de séjour avec autorisation de travail et empêche l'accès à un emploi, ou à certaines aides et prestations sociales. Cet état de fait aboutit à une situation paradoxale où la personne malade peut se « soigner », mais n'a aucun moyen de subvenir à ses besoins (logement, nourriture), alors que la précarité économique a été par ailleurs clairement identifiée comme un déterminant de l'observance des traitements ;
- les difficultés sociales et économiques des migrants/étrangers touchés par le VIH ont pour conséquence leur sur-représentation au sein des personnes en situation de précarité. Chômage et exclusion sont particulièrement fréquents. La maladie renforce ces vulnérabilités et ces inégalités ;
- une accessibilité au logement difficile, certains appartements de coordination thérapeutique (ACT), et hôtels sociaux vont jusqu'à exclure les personnes sans autorisation de travail ou aux revenus limités ;
- des obstacles culturels propres au système de santé français : les dimensions socioculturelles de la maladie et de l'accès aux soins sont rarement prises en compte en l'absence de formation des soignants dans ce domaine. Ceci contribue souvent à cantonner les étrangers dans des structures spécifiques comme les consultations de « précarité » ou d'ethnopsychiatrie ;
- une préoccupation vis-à-vis des proches restés au pays et « malades », avec pour conséquence le partage des traitements ;
- chez les demandeurs d'asile, le traumatisme engendré par la découverte d'une infection par le VIH exacerbe des situations de souffrance liées aux conséquences de la détention, des tortures, de la clandestinité et de l'exil^{*}. Depuis la suppression, en 1991, de leur droit au travail, ces exilés doivent survivre avec une allocation « d'insertion » de 180 e mensuels limitée à 12 mois. Certains attendent une réponse à leur demande de statut de réfugié pendant 3 ou 4 ans. Aucune ressource légale n'est accessible aux demandeurs d'asile « territorial », statut créé en 1998.

PRÉVENTION

Face à une vision universaliste de la prévention, ne correspondant pas à la diversité des populations migrantes, à leurs attentes et à leurs environnements,

* L'asile « conventionnel » correspond au statut de réfugié que les pays signataires de la convention de Genève doivent reconnaître chez « toute personne [...] craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques ».

une nouvelle dynamique associative a récemment émergé. Elle va au devant des personnes étrangères, dans des lieux de convivialité très divers et leur permet de prendre le temps nécessaire pour se raconter et confronter leurs parcours au risque VIH/SIDA.

En complémentarité des initiatives du monde associatif, il est fondamental que la prévention des IST soit abordée avec les migrants/ étrangers dans tous les services de soins primaires auxquels ils (elles) ont recours : services hospitaliers, PMI, centres municipaux de santé, etc. L'accès aux messages de prévention délivrés dans un cadre médical nécessite qu'un climat de confiance soit établi dans toutes les structures sanitaires et sociales : le rôle des personnels d'accueil ou administratifs est fondamental. Repousser une consultation médicale, la limiter aux seuls cas d'urgence, ou demander des pièces administratives complexes, peut conduire une personne étrangère à renoncer à une démarche de dépistage. Favoriser l'accès des personnes étrangères aux démarches de prévention et de dépistage précoce, c'est aussi garantir la simplicité et la sécurité des droits sociaux et le respect de la confidentialité. Ainsi, le décalage constaté en terme de découverte tardive du statut sérologique entre population étrangère et française pourrait, dans une certaine mesure, être réduit.

Certains thèmes doivent être abordés lors des entretiens pour une meilleure efficacité des actions de prévention secondaire :

- les relations extra-conjugales et la polygamie : sans jugement moral et dans une démarche ouverte d'écoute par rapport à ces situations, dans le but de réduire les risques de diffusion de l'infection ;
- le dépistage du conjoint et/ou des partenaires sexuels : il doit être systématiquement proposé, même si cela peut être parfois délicat à formuler ;
- la sérodifférence, la sexualité et les comportements sexuels dans les couples : ces questions sont souvent récurrentes dans les couples qu'ils soient migrants/étrangers ou non. S'il est moins difficile d'envisager une protection dans des relations extra-conjugales, il s'avère souvent plus complexe d'en parler dans le couple. Ouvrir une discussion sur la sexualité et faire cheminer une réflexion sur l'usage des préservatifs masculins et/ou féminins dans ces couples est pourtant capital. Cela demande du temps, une disponibilité d'écoute et un accompagnement au long cours (*voir Chapitre 21*) ;
- le désir de maternité des femmes migrantes/étrangères : ce désir, commun à beaucoup de femmes séropositives, a souvent une traduction plus sensible chez certaines migrantes/étrangères du fait de leurs références culturelles et/ou des pressions familiales ;
- la transmission mère-enfant du VIH : il faut l'expliquer clairement aux femmes et aux couples migrants/étrangers. Les explications scientifiques relatives à ce risque doivent être délivrées avec tact et mesure, si besoin en se faisant aider par les équipes psychosociales intervenant dans la prise en charge, les services d'interprétariat et/ou d'autres relais.

Si l'on peut se servir des relais associatifs et/ou de la médiation en santé publique pour optimiser la prévention secondaire s'adressant à ces publics, ils ne peuvent et ne doivent cependant pas se substituer à l'indispensable dialogue singulier entre le soignant et le patient.

Une expérience innovante : la médiation en santé publique

Des expériences innovantes dans l'accueil et la prise en charge des migrants/étrangers se structurent actuellement autour de la médiation en santé publique. Outre les migrants/étrangers, elle concerne aussi d'autres populations, souvent exclues de la prévention et des soins. Elle établit un lien entre les personnes et les services soignants (en favorisant le dépistage, en amenant les personnes en consultation, en informant les patients), mais ne se limite pas à cette fonction de « relais ». Elle peut faciliter la relation et permettre de résoudre blocages ou conflits entre « soignants » et « soignés ». Elle s'inscrit également dans une dynamique de questionnements des pratiques d'accueil et de prise en charge des personnes, pas seulement pour révéler et discuter des dysfonctionnements, mais aussi pour faire des propositions. Elle permet de mieux coordonner des actions de prévention et de prise en charge, notamment si les médiateurs participent à part entière à certains staffs du personnel soignant et des travailleurs sociaux.

ACCÈS AUX SOINS

La qualité du dialogue entre migrants/étrangers et soignants est essentielle pour une prise en charge optimale des patients. Le principal obstacle à ce dialogue résulte d'idées préconçues et de représentations pouvant exister chez certains intervenants avec pour conséquence la modification de leur démarche clinique habituelle.

Donner du temps est essentiel pour permettre un suivi satisfaisant et une bonne adhésion au traitement.

Tous les acteurs de la filière de soin sont concernés par l'accueil des migrants/étrangers (travailleurs sociaux, pharmaciens hospitaliers et extrahospitaliers, médecins hospitaliers et médecins de ville spécialistes ou généralistes, administrations hospitalières, services d'accueil, caisses, frais de séjour, associations, etc.) car la qualité de la prise en charge de ces patients en dépend.

À tous les niveaux d'accueil, il convient d'éviter les idées préconçues ou les fausses réponses découlant d'une information erronée, qui peuvent entraîner des retards chez des personnes dont le recours aux services administratifs est par définition déjà lourd et complexe. La cohérence entre les différents messages délivrés par les personnels administratifs, les personnels soignants, les travailleurs sociaux et les volontaires associatifs est fondamentale. L'incohérence des discours est en effet un des principaux écueils du système de santé actuel pour les migrants/étrangers et contribue pour une large part au retard dans l'accès aux soins.

Établir la communication verbale et écrite entre soignants et soignés est une priorité nécessitant parfois l'utilisation d'outils spécifiques de communication écrits en langues étrangères ou bilingues, outils visuels, etc. (documents CFES, CESAC pour le Mali, ALCS pour le Maroc) mais aussi l'utilisation de **services d'interprétariat professionnels**.

- L'annonce d'une séropositivité, l'information de prévention, la réflexion sur l'annonce au partenaire ou sur une grossesse, les explications nécessaires à une bonne observance et à son suivi, l'adhésion à un protocole thérapeutique ne se conçoivent que lors d'un véritable échange au sein d'une communication réussie. Pouvoir formuler ses doutes, s'approprier les messages, exprimer des valeurs touchant à l'intimité, nécessitent pour certains patients le recours parfois momentané à la langue d'origine.

- Certains services d'interprétariat sont disponibles dans le cadre de conventions hospitalières ou de partenariats avec la DGS, mais trop peu de cliniciens y ont encore recours faute d'information. Ces interprètes sont formés, neutres et de qualité dans le respect de la confidentialité.

- Le recours à des « interprètes de fortune » comme des parents ou des amis ne doit se faire qu'avec la plus grande prudence et il est alors préférable de faire appel à un autre professionnel de santé pour des raisons de neutralité et de respect de la confidentialité.

Disposer de l'assistance d'un service d'interprétariat pris en charge par la collectivité est fondamental. Offrir cette possibilité aux patients de langue maternelle étrangère qui en ont besoin garantit l'égalité de traitement en termes d'accueil et d'information des personnes vivant avec le VIH.

Il faut également **susciter la discussion avec d'autres partenaires de santé, avec d'autres personnes atteintes**, proposer éventuellement le recours aux associations de personnes atteintes (dans le respect de la confidentialité), communautaires ou non, le recours aux équipes de médiations en santé publique (*voir plus haut*).

PRISE EN CHARGE MÉDICALE

Outre les éléments habituels, le bilan initial doit comprendre la recherche de pathologies plus spécifiquement rencontrées chez les personnes migrantes :

- parasitoses, en particulier digestive et urinaire (examen parasitologique des selles et des urines) ;
- hépatopathie d'origine virale en particulier B ;

- tuberculose (cliché pulmonaire de référence systématique) ;
- hémoglobinopathie (électrophorèse de l'hémoglobine).

Il est également important de s'assurer du statut vaccinal des patients (tétanos, poliomyélite, etc.).

Les objectifs thérapeutiques du traitement antirétroviral et les choix des associations ne sont pas différents chez les personnes migrantes/étrangères vivant avec le VIH. Cependant, certains patients originaires d'Afrique de l'Ouest ou lusophones sont infectés par le VIH-2 (*voir Chapitre 16*), qui n'est pas sensible aux inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse. Dans la mesure du possible, le choix des combinaisons doit tenir compte du rythme et des contraintes sociales des patients (difficulté de prise en présence d'autres personnes). Il est souhaitable de ne débuter une trithérapie qu'après plusieurs consultations préalables (au minimum deux) de façon à « installer » la relation s'il s'agit d'un nouveau patient et à s'assurer d'une bonne compréhension des objectifs, enjeux et modalités d'un traitement s'inscrivant dans le long terme.

Le rythme des consultations de suivi doit être adapté aux particularités de chaque patient. Au début d'un traitement antirétroviral, il paraît souhaitable de rapprocher les consultations, de façon à détecter rapidement une inadaptation aux conditions de vie (travail de nuit, etc.) ou une mauvaise compréhension (difficultés de lecture d'une ordonnance) des modalités de prise du traitement.

Le recours aux médecines parallèles (médecine traditionnelle ou d'inspiration religieuse) doit être abordé sans réprobation, mais plutôt pour favoriser d'éventuelles complémentarités.

Le projet d'un séjour au pays doit être discuté et préparé avec le patient. Il faut notamment anticiper les ruptures de traitement, pour cause de stigmatisation sociale, de stock insuffisant de médicaments ou du fait d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis des proches malades n'ayant pas d'accès aux antirétroviraux (risque de partage des médicaments). La prévention vis-à-vis du conjoint resté au pays doit être abordée.

En matière de prévention des risques tropicaux, la vaccination anti-amarile est contre-indiquée si les CD4 sont inférieurs à 200/mm³ (*voir Chapitre 14*). Une prévention antipalustre habituelle devra être appliquée. Pour les séjours brefs (< 15 jours) et chez des patients immunodéprimés (< 200 CD4/mm³), la prescription à titre prophylactique d'une fluoroquinolone orale (1 cp/jour) est souhaitable pour prévenir les infections entériques, notamment à salmonelles (*voir Chapitre 13*).

Il est capital de s'assurer que le mode de conservation de certains médicaments (réfrigération) pourra être respecté. Les coordonnées d'un médecin correspondant local, formé à la prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH, seront indiquées au patient, dans la mesure du possible.

ACCÈS AUX DROITS

L'accès aux droits sociaux des personnes de nationalité étrangère est subordonné à des conditions de séjour en France (définies dans le tableau ci-dessous).

À ces restrictions légales, s'ajoutent d'autres obstacles qui font bien souvent de l'accès aux droits un « parcours du combattant » :

- la méconnaissance des droits des étrangers par les professionnels du social, de la santé et par les intéressés eux-mêmes ;
- les pratiques restrictives et parfois illégales de certaines administrations à leur rencontre ;
- des difficultés de communication linguistique.

Ces obstacles peuvent être franchis avec l'aide des professionnels. De nombreux étrangers, souvent isolés, restent exclus de leurs droits, et ne peuvent surmonter les obstacles à l'accès aux soins. Ces « perdus de vue » échappent alors aux dispositifs de prévention et de soins, alors même qu'ils y ont droit et qu'ils ont tenté, parfois à plusieurs reprises, d'y accéder.

Principaux droits par ordre croissant d'exigence sur le séjour

	Critère requis de séjour	Droits
↓	Résidence « habituelle » <i>Personnes vivant en France avec ou sans papiers</i>	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 » <i>Document préfectoral en cours de validité, et Résidence depuis plus de 3 mois, sauf demandeurs d'asile (pour qui la durée de 3 mois de résidence n'est pas exigible)</i>	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)	Allocations logement
↓	Carte de séjour temporaire d'un an (CST)	Allocation adulte handicapé (AAH)
•	CST et 3 ans de séjour régulier avec droit au travail	RMI

Obstacles à l'accès aux droits : informations à connaître

Accès aux premiers soins

pour les étrangers dépourvus de protection maladie

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'examen complémentaires.

L'utilisation systématique de cette disposition légale permet ainsi à tout médecin de délivrer les soins nécessaires sans délai, sans restriction, et sans recours à un dispositif de soins gratuits. En cas de refus du centre de sécurité sociale (fréquent, par méconnaissance de ce droit), il faut intervenir directement auprès du « cadre CMU » ou du chef de centre.

- Il n'existe aucune condition d'ancienneté de séjour pour l'accès à l'AME : les refus d'AME pour « séjour inférieur à 3 mois » ou « visa en cours de validité » sont illégaux pour les étrangers sans papiers résidant « habituellement » en France (conseil d'État, 8 janvier 1981).

- Les dispositifs de santé publique (CDAG et CAT) sont accessibles et gratuits pour tous. Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), obligations de chaque hôpital public, sont destinées à délivrer gratuitement tous les soins nécessaires aux personnes démunies et dépourvues de protection sociale, particulièrement les étrangers récemment arrivés en France.

Continuité des soins

Toute personne démunie et résidant en France a droit à une protection maladie intégrale avec dispense d'avance des frais.

- La CMU est accessible à tous les étrangers démunis, résidant en France depuis plus de 3 mois, qui détiennent un document en cours de validité délivré par une préfecture, dont convocation, notice asile, rendez-vous et autorisation provisoire de séjour (APS). Les demandeurs d'asile, conventionnel et territorial, sont dispensés du délai préalable de 3 mois.

- L'AME est accessible à tous les étrangers démunis, résidant en France sans condition d'ancienneté de séjour, et qui ne remplissent pas les conditions d'attribution de la CMU. Prévue par la loi pour les étrangers malades non-résidents en France, l'aide médicale « sur décision du ministre » (parfois appelée « humanitaire »), n'est en revanche quasiment jamais accordée.

- Tout bénéficiaire de la sécurité sociale a droit à une prolongation automatique des droits à la base pendant 4 ans après un changement de situation (L-161-8

CSS). En cas de perte du titre de séjour, il faut demander l'AME pour prendre le relais de la complémentaire CMU.

Régularisation et protection contre l'éloignement pour les étrangers malades sans papiers

Tout étranger résidant en France dont « l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont l'interruption aurait des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse exceptionnellement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » a droit à une carte de séjour temporaire (CST) de 1 an, avec autorisation de travail, portant la mention « vie privée et familiale » (Art. 12bis 11° de l'ordonnance du 2 novembre 1945). Ce droit concerne donc les personnes séropositives résidant en France sans papiers, ressortissants des pays où la prise en charge médicale nécessaire, notamment la surveillance, est inaccessible.

• **Conduite à tenir en pratique :**

– l'étranger doit présenter sa demande, si possible en personne, à la préfecture du lieu de domicile et à Paris à la préfecture de police (certaines préfectures ont mis en place une procédure de saisine par courrier) avec les documents suivants : attestation d'hébergement ou domiciliation administrative dans une structure « agréée » par la préfecture, pièce d'identité (si possible un passeport), 2 photographies d'identité, preuves par tous moyens de l'ancienneté de séjour en France, et certificat médical non descriptif (Annexe 23-1) ;

– en plus du certificat médical non descriptif, le médecin traitant (hospitalier ou « agréé » par la préfecture) doit rédiger un rapport médical documenté et l'adresser à la préfecture, sous pli clos, mentionnant « secret médical », à l'attention du médecin inspecteur de la santé publique (MISP) ou pour Paris du médecin de la préfecture, lequel transmettra son avis au préfet (*voir* Annexe 23-1).

Cependant, les obstacles à la demande et à la délivrance de la CST sont nombreux et les recours auprès de la préfecture souvent nécessaires. À la place de la CST, la préfecture délivre souvent une autorisation provisoire de séjour (APS), sans droit au travail ni à aucune ressource, véritable « passeport pour l'exclusion » dont les conséquences sont dramatiques pour la santé des personnes concernées et pour la santé publique.

Pour les demandeurs d'asile séropositifs, la plupart des préfectures refusent à l'heure actuelle d'étudier la demande de régularisation déposée simultanément pour soins. L'abandon préalable de la demande d'asile, aux conséquences psychologiques et juridiques potentiellement néfastes, doit être alors évalué avec attention.

Dans le cas particulier de la « double peine », les étrangers séropositifs sont théoriquement protégés contre les mesures d'éloignement en raison de leur état de santé (Art 25-8° de l'ordonnance du 2 novembre 1945), mais peuvent être alors « assignés à résidence », sans droit au travail ni à aucune ressource légale. Cela les place dans une situation sociale difficilement compatible avec la nécessaire adhésion aux traitements contre le VIH.

Cas particulier des étrangers non-résidents en France

La situation des patients résidant à l'étranger est plus complexe. Certains bénéficient parfois d'une couverture sociale en France, la plupart n'en possèdent pas.

• **Règles de bonnes pratiques de la prise en charge**

Lorsqu'un patient étranger infecté par le VIH, résidant à l'étranger et sans couverture sociale, est pris en charge dans le service public de santé français, quelques règles pratiques doivent être mises en oeuvre :

– si une infection opportuniste est diagnostiquée, il est impératif que celle-ci soit résolue pour permettre au patient un retour dans son pays. On ne peut renvoyer un patient chez lui avant la récupération d'un état général jugé satisfaisant par l'équipe médicale qui le prend en charge. La qualité de sa prise en charge médicale ne saurait être réduite du fait de l'absence de couverture sociale du patient (indication ou durée d'hospitalisation, modalités de traitement,

etc.) ;

- si la situation médicale nécessite le démarrage d'un traitement antirétroviral, un délai minimal de 6 semaines doit être respecté avant d'envisager un retour du patient dans son pays d'origine, parce que les effets indésirables les plus fréquents des ARV surviennent durant cette période. Plusieurs consultations de suivi clinique et biologique devront être réalisées pendant cette période pour s'assurer de la tolérance, de l'observance et de l'efficacité du traitement prescrit (première mesure de charge virale VIH après 4 semaines de traitement ARV) ;
- si une prescription de médicaments ARV est faite par un médecin qualifié en France, elle doit être honorée par la pharmacie hospitalière, quel que soit le statut du patient (avec ou sans titre de séjour, avec ou sans prise en charge sociale) ;
- l'équipe médicale en charge du patient devra mettre en oeuvre tous les moyens accessibles pour assurer une continuité des soins pour ce patient.

Dans de nombreux hôpitaux, les patients sans prise en charge sociale doivent être munis d'une « fiche de précarité », en général délivrée sur le champ par une assistante sociale de l'établissement, après entretien avec le patient. Cette fiche permet la dispensation des médicaments par la pharmacie hospitalière et la réalisation de prélèvements sanguins ou autres examens paracliniques indispensables à la prise en charge médicale.

• Trouver un médecin référent dans le pays d'origine du patient

Dans tous les cas, le suivi médical optimal nécessite la collaboration d'un médecin référent localement, près du lieu de domicile des patients.

Si le patient a été adressé pour avis spécialisé en France par un médecin référent de son pays, ce médecin référent sera chargé d'assurer le suivi clinique et biologique ultérieur du patient dans son pays.

En revanche, si ce patient consulte de son propre chef et n'a pas de contact avec un médecin référent dans son pays d'origine, il faut impérativement qu'il soit mis en rapport direct avec l'un de ceux-ci.

CONCLUSION

L'augmentation du nombre des cas d'infection par le VIH ces dernières années chez les migrants/étrangers concerne majoritairement des personnes originaires d'Afrique centrale ou de l'ouest (concentrés en Ile-de-France) et d'Amérique (concentrés dans les DFA). Elle est plus sensible chez les femmes. Parallèlement, l'accès aux soins semble plus tardif dans cette population (nette sur-représentation des étrangers parmi les patients découvrant leur séropositivité au stade SIDA), particulièrement chez les hommes. À l'avenir, des études épidémiologiques spécifiques sur les patients étrangers en Ile-de-France et dans les DFA doivent être régulièrement conduites pour mieux suivre l'évolution de la séoprévalence du VIH dans ces populations.

La prise en compte des « spécificités » des migrants/étrangers face au VIH-SIDA doit se faire dans le cadre du droit commun et non pas en marge. Ces spécificités sont souvent liées au statut administratif d'étranger de ces patients (entraînant une véritable discrimination dans l'accès aux droits sociaux, aux soins et au logement), mais également parfois à une barrière linguistique.

En matière de **prévention**, il s'agit de prendre en compte des contextes de vie diversifiés, sans remettre en question ce que la maladie, la souffrance et/ou la mort ont d'universel dans la mise à l'épreuve du corps individuel et du corps social. Les contributions du monde associatif et les expériences de médiation en santé publique apportent de ce point de vue d'importantes ouvertures.

Du point de vue du **suivi médical**, il faut prendre le temps de s'assurer d'une parfaite compréhension des enjeux et des modalités du traitement antirétroviral (pas de prescription dès la première consultation, prise en compte des contraintes sociales, fréquence du suivi adaptée au patient).

Une préparation avec les patients des séjours dans leur pays d'origine est indispensable. Il faut anticiper les ruptures prévisibles de traitement, insister sur la prévention au sein du couple ou hors couple et assurer le lien avec les équipes médicales référentes sur place. Enfin, il faut prendre en compte certaines particularités du vécu de la maladie : retentissement sur le projet migratoire, sur le groupe social, sur le milieu familial, sentiment de culpabilité vis-à-vis des proches malades restés au pays (partage des médicaments), recours parallèle

aux médecines traditionnelles.

En matière d'**accès aux droits et aux soins**, des recommandations pratiques immédiatement accessibles et des changements de fond au plan légal et réglementaire paraissent essentiels à mettre en oeuvre pour une meilleure prise en charge des migrants/étrangers vivant avec le VIH.

Points forts et recommandations

- Former les professionnels de santé (dont les travailleurs sociaux) et les personnels administratifs en matière de droits des étrangers, pour lutter contre la discrimination et l'incohérence des discours dans l'accès aux droits et aux soins.
 - Développer un large recours à l'interprétariat professionnel, pris en charge par le service public.
 - Promouvoir les équipes de médiation en santé publique pour la prévention sur le terrain et la prise en charge des personnes atteintes.
 - Appliquer la loi rapidement et sans restriction, afin qu'aucune personne migrante/étrangère vivant avec le VIH ne soit maintenue dans une situation administrative en deçà de la situation légale prévue pour les personnes malades, c'est-à-dire qu'elle obtienne une carte de séjour temporaire avec autorisation de travail.
 - L'accès aux droits essentiels (protection maladie, minima sociaux, logement) doit se faire sur critère de résidence habituelle, sans critère de régularité ou d'ancienneté de séjour en France.
 - L'accès à la CMU doit se faire pour tous sur critère de résidence habituelle, et prendre la place de l'actuelle aide médicale d'état.
 - L'accès à un titre de séjour doit être immédiatement assorti d'une autorisation de travail et d'un droit au RMI. Le droit au travail et à l'autonomie financière est indispensable pour que les patients puissent vivre dignement.
- L'ensemble des acteurs du système de santé doit s'attacher à lutter contre les discriminations dans l'accès aux droits et aux soins pour que les personnes atteintes ne soient pas seulement des « corps malades », mais puissent exercer pleinement leur humanité.

Annexe 23-1 LES CERTIFICATS

Certificat initial (mentions conseillées)

Je soussigné, Docteur *[nom, prénom]*, médecin *[qualification]* dans le service de *[nom du service, hôpital, ville]*, certifie que Mr (Mme) *[nom, prénom]*, né(e) le *[date]*, est actuellement suivi(e) et traité(e) dans le service pour une pathologie grave, nécessitant un suivi médical continu, dont l'interruption pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité. Il est donc nécessaire que ce(tte) patient(e) obtienne un titre de séjour sur le territoire français pour soins.

Sous réserve de la poursuite de son traitement, l'état de santé de ce patient est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

Certificat établi à *[lieu]*, le *[date]*, à la demande de l'intéressé et remis en mains propres, pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date et Signature.

Certificat détaillé (mentions conseillées)

Je soussigné, Docteur *[nom, prénom]*, médecin *[qualification]* dans le service de *[nom du service, hôpital, ville]*, certifie que Mr (Mme) *[nom, prénom]*, né(e) le *[date]*, est actuellement suivi(e) et traité(e) dans le service pour une infection VIH classée *[A/B/C, 1/2/3]* (classification CDC-93), avec antécédent(s) de *[affections classantes VIH ou autres pathologies graves associées]*, nécessitant un traitement antirétroviral par *[énumération des ARV en DCI ou noms de spécialités]*, dont l'interruption pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité.

Au dernier bilan immuno-virologique, on note *[valeur absolue]* CD4/ mm³ (*[pourcentage]* %) et une charge virale à *[valeur absolue]* copies/ml.

Son état de santé nécessite une prise en charge médicale spécialisée. Il est donc nécessaire que Mr (Mme) *[nom, prénom]* obtienne un titre de séjour (une prolongation de son titre de séjour) sur le territoire français pour soins (carte de

séjour temporaire avec mention « vie privée et familiale »).

La durée prévisionnelle du suivi clinique et thérapeutique est indéterminée.

Sous réserve de la poursuite de son traitement et de son suivi clinico-biologique, l'état de santé de ce(tte) patient(e) est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle.

Certificat établi à [lieu], le [date], à la demande de l'intéressé, pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date et Signature.

Commentaires

Même s'il existe, dans certains pays d'origine, des programmes permettant l'accès aux traitements, dans le cadre notamment de coopérations bilatérales ou internationales, les personnes qui vivent actuellement en France ne peuvent en aucun cas être sûres de pouvoir s'inscrire dans ce cadre si elles retournent dans leurs pays. L'existence de tels programmes dans le pays d'origine n'est donc pas un élément qui doit freiner le médecin hospitalier traitant pour établir, à la demande du patient, un dossier médical relatif à la nécessité d'avoir, en France, un suivi médical rapproché et éventuellement un traitement.

Dans le cas où il n'y a pas encore de traitement prescrit, le dossier médical rempli par le praticien hospitalier doit insister sur la nécessité d'un suivi biologique rapproché et spécialisé. Le dossier médical doit explicitement préciser que ces examens sont nécessaires pour déterminer le moment où un traitement devra être démarré, et qu'en cela ils déterminent le pronostic vital.

BIBLIOGRAPHIE

COMEDE (Comité médical pour les exilés), Le Kremlin Bicêtre. Protection maladie (CMU, AME) et régularisation « médicale » pour les exilés. Guide du COMEDE 2001 : 5-8, 34-36, 60-77.

COUCHE D. La notion de culture dans les sciences sociales. Paris, La Découverte, 1996.

DOUVILLE O., BLONDIN-DIOP A. Recherches sur les parcours de soin de patients africains séropositifs en France. Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie. Paris, Karthala, Médecines du Monde 2001 : 329-344.

Étrangers en France : comment se soigner ? Remaides 2001 ; 40 : 22-24.

FANGET D., BRUNET C., HOUR-KNIPE M. Médiateurs et relais : de la prévention à la prise en charge. Journal du SIDA 1997 ; 8 : 92-93.

FASSIN D. Une double peine : la condition des immigrés malades du SIDA.

L'Homme, Revue Française d'Anthropologie 2001 : 160.

FASSIN D., DEWITTE P., NAUDE A.J. et al. Santé : le traitement de la différence.

Homme et Migrations (revue de l'ADRI), Numéro spécial 2000 ; 164 : 1225.

HALFEN S., GREMY I., GOUDJO A., et al. Suivi de l'infection à VIH-SIDA en Ile-de-France.

Bulletin de santé : épidémiologie en Ile-de-France 2001 ; 5 : 8.

InVS (Institut de Veille Sanitaire), Saint-Maurice. Surveillance du SIDA en

France : situation au 30 septembre 2001. BEH 2001 ; 47 : 207-213.

La protection sociale des étrangers en France après la création de la CMU. Les cahiers juridiques – GISTI, 2000.

Rapport 2002. Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers (ODSE), à paraître.

SAVIGNONI A., LOT F., PILLONEL J. et al. InVS. Unité Maladies-Infectieuses, Saint-Maurice.

Situation du SIDA dans la population étrangère domiciliée en

France depuis le début de l'épidémie jusqu'en juin 1998. BEH 1999 ; 99 : 113-114.

YAWETZ S., CU-UVIN S. Fonder une famille. AIDS Clin Care (version française)

2001 ; 13 : 4-5, 7.

