

SOMMAIRE

QUESTIONS/REPONSES sur la remise en cause du droit au séjour pour raison médicale (article 17 ter du projet de loi sur l'immigration)

p.3

EXPERTISE des acteurs de la santé contre la remise en cause du droit au séjour pour raisons médicales

p.6

APPEL des médecins pour la suppression de l'article 17 ter du projet de loi « Immigration, intégration, nationalité »

p.10

ORGANISMES ET ASSOCIATIONS mettant en garde contre cette disposition de la loi sur l'immigration

p.12

PETITION ASSOCIATIVE : Stop aux restrictions du droit au séjour pour raisons médicales !

p.13

ARGUMENTAIRE INTERASSOCIATIF : Peut-on accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ?

p.16

QUESTIONS / REPONSES

sur la remise en cause du droit au séjour pour raisons médicales (article 17 ter du projet de loi sur l'immigration)

1. Quelles différences entre « disponibilité » des traitements et « accès effectif » ?

La disponibilité d'un traitement dans un pays ne garantit en rien que la personne y accède effectivement.

Aujourd'hui, la loi garantit dans des conditions strictes un droit au séjour pour les étrangers résidant en France atteints d'une pathologie d'une exceptionnelle gravité qui ne peuvent « *effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans leur pays d'origine* ». L'admission au séjour en France dépend des possibilités concrètes pour la personne résidant en France d'accéder à une prise en charge médicale, en fonction non seulement des traitements disponibles dans son pays d'origine mais aussi de l'état des structures sanitaires de ce pays, de l'offre quantitative de soins et de leur couverture territoriale, du manque de personnel médical, des ruptures fréquentes de stocks, des possibilités d'accès à une protection sociale ...¹

L'amendement déposé par le gouvernement et voté en première lecture par l'Assemblée nationale propose de remplacer les termes « *défaut de bénéfice effectif* » par celui d'« *indisponibilité* » du traitement. Cette formulation floue est largement sujette à caution et à interprétations : si cet amendement est voté en l'état, la simple « disponibilité » dans le pays d'origine de médicaments, même en quantité insuffisante, ou de possibilités de suivi, même à des tarifs prohibitifs, pourrait alors suffire à justifier le refus de régularisation de personnes gravement malades alors même qu'elles n'auraient pas concrètement accès aux soins dans leur pays d'origine.

Rappelons que le terme « bénéfice effectif » est le résultat d'une longue réflexion tout au long des années 1990 pour que la loi remplisse son objectif : éviter qu'un refus d'admission au séjour en France ne signifie la condamnation à mort d'une personne malade. Si cet objectif veut être préservé, il n'y a aucune justification possible à changer les termes actuels de la loi.

2. Est-ce que tous les étrangers malades peuvent bénéficier du droit au séjour pour raisons médicales ?

NON, le droit au séjour pour raison médicale est d'ores et déjà encadré par des conditions et une procédure extrêmement strictes :

- le droit au séjour pour soins ne concerne que les personnes atteintes de maladies pour lesquelles elles n'ont pas d'accès aux traitements dans le pays d'origine et pour lesquelles **l'absence de traitement « pourrait entraîner des conséquences d'une exceptionnelle gravité »**. Cela concerne des pathologies telles que le cancer, le diabète, le VIH, les troubles psychiatriques, les hépatites, etc. Toute pathologie pour laquelle l'absence de prise en charge peut entraîner des complications, handicap grave, jusqu'au décès à plus ou moins brève échéance ;

¹ Voir notamment, pour les textes d'application précisant dès 1998 la notion d'« accès effectif » aux soins, la circulaire du 12 mai 1998 relative à l'application de la loi du 11 mai 1998 relative à l'entrée et au séjour des étrangers en France et au droit d'asile du 12/05/1998 http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_17122.pdf

- le droit à une carte de séjour pour soins **est réservé aux personnes qui ont leur « résidence habituelle » en France**, c'est-à-dire les personnes dont les attaches et la vie sont en France ;
- la reconnaissance du droit au séjour pour soins implique **l'intervention d'un médecin agréé par l'autorité préfectorale ou d'un praticien hospitalier, ainsi que l'avis favorable d'un médecin désigné par le Directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS).**

3. Est-ce que le droit au séjour pour raisons médicales suscite une immigration thérapeutique en France ?

NON. L'immigration thérapeutique - le fait que des personnes migrent dans le but de recevoir des soins - est très largement un mythe comme le démontrent de nombreuses études :

- selon une enquête² de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde menée auprès de plus d'un millier de migrants en Europe, seuls 6% citent la santé parmi les raisons qui les ont poussés à partir ;
- d'après une étude menée en France en 2002³, seuls 9% des séropositifs interrogés avaient été dépistés dans leur pays d'origine, sans qu'on sache d'ailleurs combien sur ces 9% ont immigré pour se soigner ;
- en 2009, le Comede qui assure la prise en charge médico-psycho-sociale de près de 5 000 patients par an, estimait qu'entre 6% et 9% des patients séropositifs au VIH ou aux hépatites B et C reçus en consultation avaient été dépistés dans leur pays d'origine⁴ ;
- voir aussi les rapports de l'Inserm⁵ et l'enquête ANRS Vespa⁶.

4. Est-ce que l'évolution du nombre de personnes régularisées pour raisons médicales est « incontrôlable » comme le disent certains ?

NON. Le droit au séjour pour soins existe en France depuis plus de 12 ans, et comme le relève le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) « le nombre d'étrangers qui se prévalent de leur état de santé pour être admis au séjour s'est stabilisé en 2008 » autour de 28 000 personnes, représentant seulement 0,8% des 3 500 000 étrangers en situation régulière vivant en France, **avec « depuis 2004 une diminution significative du nombre d'étrangers malades » régularisés pour la première fois à ce titre** (Rapport au Parlement, *Les orientations de la politique de l'immigration*, Cici, 12/2009, p.61). Ainsi entre 2005 et 2008, le nombre de personnes entrant dans le dispositif de droit au séjour pour soins a augmenté de moins de 550 chaque année.

² Médecins du Monde, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*, 10/2009, p.51.

³ InVs, « *Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile de France* », F. Lot et autres, BEH, 2002. Voir aussi InVs, « 2005 : SIDA, grande cause nationale, *Epidémiologie du VIH/sida chez les migrants en France* », Unité VIH/sida – IST – VHC, Département des maladies infectieuses, 09/2005.

⁴ Comité médical pour les Exilés (Comede), la santé des Exilés, Rapport d'activité et d'observation, 2009, p.62.

⁵ INSERM-UMPC : *Migrations et soins en Guyane*, 11/2009, p.37; *Santé et migration à Mayotte*, 04/2008, p.65.

⁶ Enquête ANRS Vespa, 11/2004.

5. Dans une période de difficultés pour la Sécurité sociale, cela ne coûte-t-il pas trop cher de régulariser et de soigner des personnes malades ?

Les personnes régularisées pour raisons médicales sont suivies pour leur pathologie et bénéficient de traitements efficaces : beaucoup d'entre elles peuvent vivre normalement et travailler légalement, contribuant par leurs cotisations sociales à la solidarité nationale. Mais sans titre de séjour, travailler légalement ou cotiser n'est plus possible pour elles. **C'est leur intégration sociale, un des objectifs affichés du projet de loi, intitulé « immigration, intégration et nationalité » que l'on sacrifie.** Les étrangers malades seront en effet relégués vers le dispositif d'Aide médicale d'Etat, dépendantes des aides caritatives, sans possibilité d'autonomie professionnelle, et dans une situation de clandestinité et de grande précarité préjudiciable à un suivi médical de qualité. **Le non recours aux soins et la prise en charge tardive auront pour conséquences des complications et surcoûts hospitaliers, en contradiction totale avec les programmes et objectifs de santé publique.**

6. La jurisprudence du Conseil d'Etat du 7 avril 2010 a-t-elle modifié la loi ?

En rappelant le 7 avril 2010 que pour décider ou non de l'admission au séjour en France d'un étranger atteint d'une pathologie d'une exceptionnelle gravité, il fallait vérifier concrètement les possibilités effectives d'accès aux soins dans son pays d'origine, le Conseil d'Etat n'a fait, face à certaines dérives des préfetures, que rappeler les termes de la loi et de l'ensemble des textes pris pour son application depuis 1998. Il n'a fondamentalement rien changé à la pratique des autorités médicales. **En janvier 2006, soit bien avant l'intervention de cette jurisprudence, le gouvernement avait d'ailleurs déjà cherché à introduire la même réforme pour remettre en cause le droit au séjour pour raisons médicales pourtant déjà strictement encadré.**

EXPERTISE

des acteurs de la santé contre la remise en cause du droit au séjour pour raisons médicales

Société civile et sociétés savantes font le même constat : la réforme du droit au séjour pour raisons médicales aurait des répercussions dramatiques sur la santé publique, sur la santé des personnes et sur les finances publiques.

Cette mesure mettrait en péril la santé publique

- Cette disposition est en **totale contradiction avec les préconisations internationalement partagées en matière de santé publique.**

La Société française de santé publique (SFSP), représentant une grande partie du corps médical français, a vivement dénoncé cette mesure. En matière de lutte contre le VIH, cette mesure serait contraire à « **la politique de dépistage dont le but est d'identifier la maladie pour proposer une prise en charge et un traitement.** Sans être assuré de pouvoir bénéficier d'un traitement, quel intérêt pourrait-il y avoir à se faire dépister et, qui plus est, de risquer de se faire renvoyer dans son pays d'origine ? »

Même son de cloche pour **la Société française de lutte contre le Sida (SFLS)** : « Aujourd'hui, la clé unanimement reconnue pour espérer gagner un jour la bataille contre la pandémie mondiale liée au VIH est **d'étendre le dépistage et le traitement au plus grand nombre** de personnes infectées. C'est l'objectif que se sont fixé les institutions mondiales, auxquelles la France contribue largement (OMS, Fonds Mondial). L'évolution de ce texte est en désaccord avec ces objectifs. »

- En acculant des milliers de personnes à la clandestinité, cette mesure va durablement les éloigner d'une prise en charge médicale adaptée. Cette remise en cause de l'accès et de la continuité des soins aura de graves conséquences pour la santé individuelle des personnes, et pour la société toute entière. Elle représente **un risque pour la santé publique.**

La Fédération française d'infectiologie (FFI) et **la Société de pathologies infectieuses de langue française (SPILF)** rappelle que les « **défauts de prise en charge entraîneront au sein de la population générale des risques accrus de transmission des agents infectieux dont certains seront devenus résistants aux anti-infectieux usuels du fait d'une prise irrégulière ou incomplète du traitement** ».

Même constat pour **la Fédération française de pneumologie (FFP)** et **la Société de pneumologie de langue française (SPLF)**, pour qui cette mesure entraînera la « **dégradation de l'accès aux soins des patients les plus précaires et les plus graves, [l'] augmentation des risques de transmission dans la population de pathologies graves et contagieuses, notamment tuberculose, [et l'] émergence de maladies résistantes aux traitements (...)** ces conséquences seront aggravées par le rejet dans l'illégalité de patients dont le recours et la continuité des soins se verraient suspendus »

Le Conseil national du sida (CNS) souligne enfin que la présence en France de personnes malades « non traitées ou mal traitées constitue **un risque supplémentaire de dissémination de maladies infectieuses dans la population générale** ».

Enfin, un **appel** intitulé « *accessibilité effective* », et **signé à ce jour par près de 900 médecins** (toutes spécialités confondues), va dans le même sens : « *En situation de clandestinité, toutes les enquêtes épidémiologiques et sociologiques le démontrent, les individus abandonnent, contre leur gré, leurs traitements réguliers, ils renoncent au dépistage et ils fréquentent moins les hôpitaux. Non seulement leur santé individuelle en pâtit, mais l'exclusion des lieux de prévention et de soin augmentera les risques de contamination, de contagion et d'épidémie pour l'ensemble de la société.* »

La **Direction générale de la santé (DGS)** elle-même rappelait dans une instruction du 29 juillet 2010 : « *La rupture avec les réseaux de soins et de prévention majore les risques de transmission, et favorise l'apparition de souches virales ou bactéries résistantes.* »

Nicole, 52 ans, camerounaise, salariée en France depuis 10 ans : « *Si mon titre de séjour n'est pas renouvelé, je choisirai de rester en France même sans papiers. Je sais que sans papiers je ne pourrai plus travailler et que je n'aurai plus le même accès aux soins. Mais pourquoi retourner dans mon pays en étant sûre que c'est la fin ? Je ne sais pas si ceux qui ont voté cette loi en réalisent toutes les conséquences. De plus en plus de personnes migrantes ne se feront plus dépister, n'auront pas accès à la prévention et aux traitements, et le nombre de contaminations va s'accroître, ici, en France.* »

Une mesure en contradiction avec le Plan de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014

Dévoilé fin octobre 2010 par le ministère de la Santé, le Plan, dans son volet "Migrants", définit comme objectif une « *une prise en charge administrative de qualité pour les étrangers concernés par le VIH/SIDA/IST* ». Il est rappelé que la « *rapidité d'instruction, le respect de la confidentialité pour la délivrance des titres de séjour (...) et une information des acteurs médicaux et administratifs sur tous les éléments utiles pour mettre en œuvre les procédures le plus rapidement et efficacement possible sont essentiels pour assurer la continuité des soins.*»⁷

Par l'insécurité juridique qu'elle susciterait pour les personnes séropositives, l'accès à un titre de séjour devenant aléatoire, la modification de la loi rendrait impossible la mise en œuvre de ces recommandations.

La Société française de Santé publique (SFSP) ne manque pas de souligner ce paradoxe : « *Au moment où la Ministre de la Santé va annoncer le nouveau programme national de lutte contre le sida dont un des axes majeurs est le renforcement de la politique de dépistage et la lutte contre la discrimination, cet amendement est susceptible de donner un coup d'arrêt à l'impulsion souhaitée.* »

Cette mesure mettrait en danger la vie de milliers de personnes

- Si la notion de « disponibilité » était introduite dans la loi, celle-ci se révélerait incapable de remplir son objectif originel : permettre l'accès à un titre de séjour à des personnes pour qui le retour dans leur pays d'origine serait synonyme d'une dégradation irrémédiable de leur état de santé en l'absence d'accès effectif aux soins.

⁷ **Plan de lutte contre le VIH/Sida et les IST 2010-2014**

<http://www.sante-sports.gouv.fr/plan-national-de-lutte-contre-le-vih-sida-et-les-ist-2010-2014.html>

La Société française de santé publique (SFSP) rappelle que, si les traitements « *sont formellement disponibles dans tous les pays du monde, ils ne sont pas pour autant accessibles à toute la population.* »

La Société française de lutte contre le Sida (SFLS), représentant tous les professionnels en charge de la lutte contre le sida, médecins et non médecins, affirme qu' « *il reste encore un long chemin à parcourir avant d'obtenir une garantie minimale d'accès aux soins pour les étrangers malades amenés à retourner dans leur pays d'origine.* »

Or, pour le **Conseil national du Sida**, « *il ne fait aucun doute que l'absence de traitements antirétroviraux [dans le pays d'origine] conduit à terme à une issue fatale, mais également que l'interruption plus ou moins longue d'un traitement initié en France, ou encore la reprise dans le pays de retour de traitements inadaptés au regard des traitements administrés précédemment, peut être cause de très graves pertes de chances thérapeutiques pour la personne ;* »

Le Syndicat des médecins généralistes (SMG) considère que cet amendement revient à « *renvoyer mourir chez eux ceux dont on sait très bien qu'ils n'auront pas accès au traitement, ou [à] les condamner à la clandestinité, au non recours aux soins et au retard de prise en charge.* »

Le ministère de la Santé rappelait encore en juillet 2010, dans une instruction de la Direction Générale de la Santé (DGS) que « *l'accès nécessaire à la surveillance médicale et aux soins n'est toujours pas garanti pour les personnes infectées par le VIH dans l'ensemble des pays en développement.* »⁸

Wallace, 27 ans, togolais résidant en France : « *Au Togo il n'y a pas de prise en charge. Les infrastructures sanitaires sont très précaires et l'accès aux ARV [antirétroviraux, ndlr] est réservé aux personnes qui ont les moyens de s'en procurer. Pour les associations humanitaires, il faut parfois s'inscrire des mois à l'avance pour pouvoir avoir droit aux ARV. Il arrive qu'il y ait rupture de stock pendant plusieurs mois. La dernière date de 2009 et a duré près de 3 mois.* »

Luc, 42 ans, Camerounais résidant en France : « *Au Cameroun, j'ai vu des personnes mourir du sida et ça m'avait complètement choqué. Ils avaient la galle sur tout le corps, souvent la tuberculose, ils étaient devenus très maigres et vomissaient tout le temps. Je croyais vraiment que j'allais finir comme ça. Mais les médecins m'ont rassuré et m'ont expliqué que maintenant en France on pouvait vivre avec le VIH.* »

Cette mesure coûterait plus cher à la collectivité

- Avec ce nouveau statut de clandestin et un moins bon accès aux soins, les retards de prise en charge vont se multiplier : les personnes attendront le dernier moment pour se faire soigner, souvent au stade d'une hospitalisation d'urgence. En plus de mettre en péril leur santé, cette prise en charge tardive entraînera **un surcoût substantiel** pour notre système de soins.

⁸ Direction Générale de la Santé (DGS), instruction de juillet 2010
http://www.sfsp.fr/dossiers/file/instructionDGS_29072010.pdf

Le Conseil national du Sida l'a clairement souligné : Cette disposition « *représentera, au final, un surcoût pour la collectivité. (...) Plus la prise en charge de l'infection à VIH est tardive, plus elle est coûteuse en raison des complications de l'infection et des co-morbidités induites à moyen et long terme. Du point de vue de la prise en charge des dépenses de santé, la situation d'irrégularité du séjour reporte la charge sur le dispositif de l'Aide médicale de l'Etat, ou sur le budget des hôpitaux, qui ne peuvent ni ne doivent refuser les soins nécessaires aux patients qui se présentent en situation d'urgence médicale, cas fréquent et particulièrement coûteux quand la prise en charge a été trop longtemps différée.* »

L'appel pour l' « *accessibilité effective* » signé à ce jour par près de 900 médecins considère cette disposition comme « *une régression lourde de conséquences pour les patients, la santé publique et les finances de l'Etat.* »

La Société française de lutte contre le Sida (SFLS) a également mis en garde contre l'impact financier de la mesure : « *En termes de Santé Publique, la conséquence pourrait être d'augmenter les risques de circulation en population générale du VIH (...), d'augmenter les prises en charge tardives, et finalement de majorer l'impact financier par des soins lourds qui auraient pu être évités par un traitement plus précoce.* »

- Privés de titres de séjour, les personnes malades qui resteront sur le territoire français ne pourront plus travailler légalement et cotiser au système de protection sociale. Seule l'Aide médicale d'Etat (AME), dispositif d'aide sociale réservé aux personnes en situation irrégulière pauvres, leur permettrait alors d'accéder aux soins.

Le récent rapport de l'**Inspection générale des finances (IGF)** et l'**Inspection générale des affaires sociales (IGAS)**⁹ a pourtant déjà souligné les effets pervers pour le budget de l'Aide Médicale d'Etat des restrictions d'accès à une carte de séjour pour raison médicale : « *les conditions d'application de la procédure « étranger malade », qui a pour effet d'ouvrir une couverture médicale de droit commun (...) ont des conséquences directes et immédiates sur le montant des dépenses de l'AME, et l'observation peut être faite d'un transfert de charges vers l'AME* ». Rappelons que contrairement à la sécurité sociale, l'AME est une prestation non contributive.

Dès juillet 2010, le **ministère de la Santé** dans une instruction de la DGS, mettait en garde contre les refus d'octroi d'une carte de séjour pour soins qui maintiennent les personnes « *dans un état de dépendance économique (en cas de délivrance d'APS n'ouvrant pas le droit au travail en lieu et place d'une CST) alors que bon nombre de personnes vivant avec une maladie chronique grave peuvent avoir une activité professionnelle assurant leur autonomie et leur insertion.* »

Luc, 42 ans, camerounais résidant en France : « *Avec la maladie, on vit déjà au jour le jour, mais c'est encore pire sans papiers. Si j'avais des papiers, je pourrais me soigner, mais je pourrais aussi travailler, cotiser pour une assurance-maladie et payer des impôts. Et je serais fier de pouvoir le faire ! Au lieu de ça je vis dans la clandestinité avec ma maladie, sans savoir de quoi demain sera fait.* »

⁹ **Inspection Générale des Finances/Inspection Générale des Affaires Sociales**, *Analyse des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat*, novembre 2010 <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000685/>

APPEL

des médecins pour la suppression de l'article 17 ter du projet de loi « Immigration, intégration, nationalité »

Paris, le 18 novembre 2010

Objet : Suppression de l'article 17 ter du projet de loi « Immigration, Intégration, Nationalité »

Monsieur le Sénateur,

Le 5 octobre 2010, lors de la discussion du projet de loi « Immigration, Intégration, Nationalité », l'Assemblée nationale a notamment adopté l'article 17 ter, introduit par le député Thierry Mariani, rapporteur du projet à la commission des lois. Cet article vise à retreindre drastiquement les possibilités d'obtention d'un titre de séjour pour les étrangers gravement malades, résidant habituellement en France.

La législation en vigueur stipule que « *Sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention "vie privée et familiale" est délivrée de plein droit à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse **effectivement bénéficier** d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.* » Le projet de loi propose de modifier la clause restrictive ci-dessus par la formulation suivante : « *sous réserve de **l'indisponibilité** d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* ».

L'efficacité d'un traitement ne dépend pas seulement de la présence sur le marché d'un médicament. La disponibilité effective de médicaments, leur accessibilité et la régularité de leur distribution constituent des facteurs essentiels pour garantir l'efficacité des traitements prescrits et aussi prévenir l'émergence d'infections multi résistantes.

En tant que professionnel-le-s de la Santé, nous considérons que la redéfinition restrictive des conditions d'obtention d'un titre de séjour pour les étrangers gravement malades, résidant habituellement en France, constitue **une régression, lourde de conséquences pour les patients, pour la Santé publique en France et pour les finances de l'Etat.**

Ethiquement contestable, l'article 17 ter contribuera surtout à **dégrader l'accès aux soins** des plus précaires, à **accroître les risques d'exposition et de contamination** de la population à des pathologies graves ou contagieuses, et, *in fine*, à **augmenter les coûts de fonctionnement** des hôpitaux. La nouvelle législation, si elle est adoptée, aura pour conséquence de rejeter dans l'illégalité nombre de patients. Leur recours aux soins, sera dès lors plus tardif et moins régulier. Ces patients présenteront donc des pathologies plus évoluées, nécessitant des traitements plus lourds et plus coûteux. En fait, le durcissement de la législation aurait surtout pour effet comptable de reporter sur l'Aide Médicale d'Etat et sur les budgets des services hospitaliers, la prise en charge de personnes qui bénéficient de la CMU quand elles ne cotisent pas à la Sécurité sociale.

Pour ces trois raisons (éthique, sanitaire et financière), l'adoption de l'article 17 ter du projet de loi « Immigration, Intégration, Nationalité » aura des conséquences néfastes. **Nous vous demandons donc de rejeter cet article et de garantir la pérennité d'un dispositif dont les effets sanitaires profitent à l'ensemble de la population, en France.**

Nous restons à votre disposition pour apporter tout complément d'information que vous jugerez utile. Veuillez recevoir, Monsieur le Sénateur, l'expression de notre haute considération.

Les organisateurs de l'appel :

. Docteur Nathalie de Castro, Docteur Matthieu Lafaurie, Docteur Victoire de Lastours, Service de Maladies Infectieuses, Hôpital Saint-Louis, Paris.

. Docteur Matthieu Mahévas, Service de Médecine Interne, Hôpital Henri Mondor, Créteil.

Pour contacter les signataires de l'appel « Accessibilité Effective » : accessibilite.effective@gmail.com

ORGANISMES ET INSTITUTIONS

mettant en garde contre cette disposition de la loi sur l'immigration

Conseil national du Sida (CNS), communiqué du 5 octobre 2010

« *Le Conseil national du sida invite le législateur à revenir sur cette évolution.* »

Lien : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2010-10-05_cpr_fr_prise_en_charge_globale.pdf

Société française de santé publique (SFSP), communiqué du 6 octobre 2010

« *La Société française de santé publique demande aux parlementaires de ne pas voter l'article 17 ter du projet de Loi « Immigration, intégration et nationalité ».* »

Lien : <http://www.sfsp.fr/activites/file/CPSFSPamendementtraitements.pdf>

Société française de lutte contre le Sida (SFLS), avis du 28 septembre 2010

« *La SFLS demande au gouvernement, à l'occasion des débats parlementaires à venir, de se prononcer contre les dispositions introduites par l'amendement CL381 à l'article 17 du projet de loi n° 2400 « Immigration, intégration et nationalité ».* »

Lien : http://www.sfsp.fr/flash_email/avis%2006_10%20_2_SFLS.pdf

Fédération française d'infectiologie (FFI) et Société de pathologie infectieuses de langue française (SPILF), courrier aux sénateurs du 29 octobre 2010

« *En tant que professionnels de Santé nous pensons de notre devoir de vous alerter, au-delà de sa dimension éthique, sur les risques sanitaires que va entraîner cet amendement.* »

Fédération française de pneumologie (FFP) et Société de pneumologie de langue française (SPLF), courrier aux sénateurs, 9 novembre 2010

« *En tant que professionnels de la santé, nous considérons qu'il est nécessaire de vous alerter sur les conséquences néfastes prévisibles de l'article 17.* »

Appel pour « l'accessibilité effective », signé à ce jour par près de 900 médecins

« *Pour des raisons éthiques, sanitaires et financières, nous nous opposons au durcissement drastique des possibilités d'obtention d'un titre de séjour pour les étrangers gravement malades résidant habituellement en France.* »

Syndicat des médecins inspecteurs en santé publique (SMISP), lettre adressée à Madame la Ministre de la Santé, 30 septembre 2010

« *Cet amendement est susceptible de restreindre notablement le droit au séjour pour les étrangers malades résidants en France. En conséquence et connaissant votre attachement à ces mêmes valeurs, nous nous permettons de solliciter votre intervention sur ce dossier.* »

Lien : http://www.sfsp.fr/flash_email/Lettresmisp.pdf

Syndicat des médecins généralistes (SMG), communiqué du 8 octobre 2010

« *Cet amendement est assassin, et ceux qui le voteront seront complices.* »

Lien : http://www.smg-pratiques.info/IMG/pdf/Communique_du_SMG_etrangers_malades_l_amendement_assassin_8_octobre_2010.pdf

**Nous demandons le retour à cette notion
d'« accessibilité effective »**

PETITION ASSOCIATIVE

Stop aux restrictions du droit au séjour pour raisons médicales !



Une prise en charge médicale que l'on dit « disponible » dans un pays ne signifie pas qu'elle est réellement accessible aux personnes malades de ce pays. En procédant à un subtil changement de termes dans la loi, le projet Besson sur l'immigration tend à un objectif : restreindre le droit au séjour des personnes étrangères malades résidentes sur le territoire français, quitte à mettre en péril la vie de milliers de personnes. Le message est clair, rentrez mourir chez vous, on paie le charter !

Jusqu'à présent, les personnes étrangères gravement malades présentes sur le territoire français depuis plus d'un an pouvaient demander un titre de séjour en cas d'absence d'« accès effectif » aux traitements dans leur pays d'origine. Le projet de loi Besson prévoit de les renvoyer dans leur pays si un traitement y est « disponible », peu importe sa qualité, sa quantité, son coût, et les autres réelles conditions d'accès à ce traitement.

Le 2 février, les sénateurs commencent à examiner le projet de loi Besson sur l'immigration. AIDES se mobilise aux cotés de nombreux partenaires, tels l'[ODSE](#), le [CISS](#), la [FNARS](#) et l'[UNIOPSS](#), et lance une pétition.

NOUS DEMANDONS LE RETRAIT DE CETTE DISPOSITION ET LE RETOUR A LA NOTION "D'ACCES EFFECTIF" AU TRAITEMENT DANS LE PAYS D'ORIGINE, CECI AFIN DE CONTINUER A GARANTIR L'ACCES AUX SOINS DE TOUS LES MALADES !

Plus que jamais, il faut faire pression pour empêcher cette disposition ! SIGNEZ et faites signer la pétition !

<http://www.aides.org/petition-stop-aux-restrictions-du-droit-au-sejour-pour-soins-873>

Pourquoi nous sommes contre la modification qu'apporte le projet Besson et pourquoi faut-il signer la pétition ?

Cette mesure repose sur des contre-vérités

Les traitements antirétroviraux utilisés pour combattre le VIH/sida sont, en effet, « disponibles » dans tous les pays du monde. Pour autant, en Afrique, seuls 30% des besoins en antirétroviraux sont

couverts. Le suivi thérapeutique étant réservé à la population riche et influente, un expulsé malade qui regagne le continent africain s'expose à des complications mortelles.

Cette mesure met en péril la santé publique française

Parce que les milliers de malades présents sur le territoire français seront poussés à la clandestinité, et parce qu'ils n'auront plus accès aux soins, la santé publique française sera affectée. Le non recours au dépistage, aux soins, au traitement... favorisera la propagation des maladies infectieuses en France et dans le reste du monde.

Cette mesure alimente une politique d'immigration xénophobe

L'invasion d'étrangers malades venus se faire soigner sur le territoire Français est un pur fantasme : le nombre de titres de séjour délivrés pour raison médicale est stable depuis plusieurs années. Il est même en régression depuis 2004. En 2009, seules 28 000 personnes en bénéficiaient, soit 0,8% de la population étrangère vivant sur le territoire.

Cette mesure coûtera plus cher à la collectivité à moyen terme

Cette restriction aura pour effet pervers de retarder l'accès aux soins des personnes à un stade aggravé de leur pathologie, parfois pour une hospitalisation d'urgence. Une prise en charge tardive de la maladie, plus lourde, représente un surcoût évident pour la collectivité.

Premiers signataires :

Responsables associatifs

Bruno SPIRE, président de AIDES, chercheur en santé publique, INSERM

Jean-Pierre DUBOIS, président de la Ligue des Droits de l'Homme.

Françoise DUMONT, vice présidente de la Ligue des Droits de l'Homme

Dominique GUIBERT, secrétaire générale de la Ligue des Droits de l'Homme

Olivier BERNARD, président de Médecins du Monde

Jérôme MARTINEZ, secrétaire général de La Cimade

Carine FAVIER, présidente du Mouvement français pour le planning familial

Stéphane MAUGENDRE, président du GISTI (Groupe d'Information et de Soutien des Immigrés)

Bernadette HETIER, co-présidente du MRAP (Mouvement contre le racisme et pour l'amitié entre les peuples)

Arnaud VEISSE, médecin, directeur du COMEDE

Nicole MAESTRACCI, présidente de la FNARS (Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale)

Dominique BALMARY (président) et **Hubert ALLIER** (directeur) de l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux)

Pierre CHAPPARD, président d'Act Up - Paris

Michel BRUGIERE, président de l'Association Primo Lévi (soins et soutien aux personnes victimes de torture et de violence politique)

Bernard ELGHOZI, médecin, président de Créteil Solidarité

Patrick MONY, président de l'AFVS (association des familles victimes du saturnisme)

Jean-Claude LOOS, Président du CATRED

Hervé RIVIER, Président de l'ENVIE

Gilles BON-MAURY, Président d'HES (Homosexualités et Socialisme)

Georges SIDERIS, vice-président de Warning

Médecins et chercheurs

Dominique COSTAGLIOLA, chercheur en épidémiologie, INSERM

Jean-Michel MOLINA, professeur de médecine, chef du Service des maladies infectieuses, hôpital Saint-Louis APHP

Emmanuel MORTIER, médecin

Elisabeth ROUVEIX, chef de service, médecine interne, CHU Ambroise Paré APHP

Pierre de TRUCHIS, médecin

Daniel VITTECOQ, professeur, chef de service, Villejuif APHP

ROSER CEINOS, psychiatre, coordonnatrice Comité Sida Sexualités et Prévention de Ville Evrard

Laurent EL GHOZI, praticien hospitalier, Conseiller municipal, Nanterre

Dominique SALMON CERON, professeur de médecine, Chef d'Unité d'Infectiologie, hôpital Cochin APHP

Nadine TROCME, psychologue clinicienne hématologie, hôpital Trousseau APHP

Françoise BORSA-LEBAS, Infectiologue, présidente du COREVIH Haute-Normandie

Grégory BEC, Psychologue, fondateur de l'association " Les petits bonheurs"

Karl FELTGEN, médecin COREVIH Haute-Normandie

Philippe MANGEOT enseignant

Christophe MARTE, journaliste

Pascal PUGLIESE, médecin praticien Hospitalier Nice

David FRIBOULET, Psychanalyste, animateur en éducation thérapeutique, Institut Alfred Fournier - Paris

ARGUMENTAIRE INTERASSOCIATIF

Peut-on accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ?



10 janvier 2011

Peut-on accepter de renvoyer des malades mourir dans leur pays d'origine ?

Nos organisations demandent à tous les médecins et à tous les parlementaires de s'opposer à la modification de la loi actuelle sur la protection, par le droit au séjour, des étrangers gravement malades qui vivent en France et ne peuvent pas accéder aux soins dans leur pays d'origine

Le projet de loi immigration, intégration et nationalité aggrave, une nouvelle fois, le traitement fait aux étrangers, y compris aux étrangers gravement malades. Ce projet va d'abord durcir les conditions dans lesquelles les démarches d'admission au séjour pour raison de santé pourront s'effectuer. Il va également priver les étrangers gravement malades d'un délai suffisant pour saisir le juge qui annule pourtant aujourd'hui près d'une mesure d'éloignement sur deux prises à leur rencontre.

Mais surtout l'article 17 ter du projet de loi voté en première lecture par l'Assemblée nationale remet directement en cause le droit au séjour des étrangers gravement malades vivant en France, aujourd'hui strictement encadré et déjà difficile à faire valoir.

La loi actuelle protégeant les étrangers gravement malades vivant en France est claire et mesurée

En 1997, la loi Debré a intégré dans la législation française la protection des étrangers gravement malades contre l'éloignement du territoire. L'année suivante, la loi Chevènement renforçait cette protection grâce à la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire. Ce droit au séjour est conditionné au fait que l'étranger, atteint d'une pathologie d'une exceptionnelle gravité et vivant en France, "ne puisse effectivement bénéficier du traitement approprié dans son pays d'origine".

L'esprit de la loi actuelle, interprétée à l'identique par circulaires ministérielles (voir notamment circulaire NOR/INT/D/98/00108/C du 12 mai 1998) et par le Conseil d'Etat (arrêts du 7 avril 2010), est donc de faire en sorte qu'un étranger gravement malade et sans accès effectif aux soins dans son pays d'origine soit protégé de l'expulsion et puisse avoir accès aux soins en France, dans des conditions de vie stable. Il s'agit d'éviter une mort prématurée ou la survenue de graves complications et/ou de handicaps dans un pays où il ne pourra pas être soigné.

Le dispositif actuel repose ainsi sur une législation claire et des strictes conditions d'obtention. Comme le relève le Comité interministériel de contrôle de l'immigration (Cici) "le nombre d'étrangers qui se prévalent de leur état de santé pour être admis au séjour s'est stabilisé en 2008" autour de 28 000 personnes, représentant seulement 0,8% des étrangers vivant en France, avec "depuis 2004 une diminution significative du nombre d'étrangers malades" régularisés pour la première fois à ce titre (Rapport au Parlement, les orientations de la politique de l'immigration, Cici, décembre 2009, p.61).

La modification de la loi actuelle rompt avec les impératifs de continuité des soins et de santé publique

L'article 17 ter du projet de loi propose de transformer la condition de "**non accès effectif au traitement approprié dans le pays d'origine de l'étranger**" en seule "**indisponibilité du traitement approprié**". Contrairement à ce qui a pu être soutenu dans les débats à l'Assemblée nationale, une telle modification est loin d'être une précision purement sémantique : cela revient à supprimer le droit au séjour des étrangers gravement malades vivant en France.

Dans un courrier adressé à Nicolas Sarkozy le 22 septembre 2010¹⁰, le Conseil National du Sida a alerté "le gouvernement sur le caractère très préjudiciable de l'évolution législative envisagée, dont l'impact affecterait profondément le droit des personnes concernées mais également la santé publique et la maîtrise des dépenses de santé". Il a souligné que si l'interruption du traitement "conduit à terme à une issue fatale" (véritable peine de mort décidée pour des raisons administratives), elle risque aussi d'entraîner "le développement de souches virales résistantes qu'il y a tout lieu d'éviter, tant dans l'intérêt de la personne elle-même que d'un point de vue de santé publique dans le pays concerné".

En effet, la disponibilité d'un traitement dans un pays ne garantit en rien que la personne malade puisse y avoir effectivement accès. Comme le dit le Conseil National du Sida, "dans le cas de l'infection à VIH mais pour de nombreuses autres pathologies également, le problème n'est plus aujourd'hui celui de l'existence des traitements appropriés dans le pays d'origine mais uniquement celui de leur accessibilité". Pour vérifier qu'un malade puisse être effectivement soigné (et c'est pour cela que la notion de disponibilité ne correspond à rien), il faut prendre en compte le coût des traitements, l'existence ou non de couverture maladie permettant une prise en charge financière, l'état des structures sanitaires du pays, l'offre quantitative de soins et leur couverture territoriale, le manque de personnel médical, les ruptures fréquentes de stocks, etc.

Dans le même sens, la Société Française de Santé Publique rappelle dans son communiqué du 6 octobre¹¹ que "s'agissant d'infection par le VIH, si les traitements sont formellement disponibles dans tous les pays du monde, ils ne sont pas pour autant accessibles à toute la population", et s'alarme en considérant que si la loi actuelle est modifiée "c'est toute la politique de lutte contre le sida qui pourrait être remise en cause". Plusieurs centaines de médecins, toutes spécialités confondues, se sont d'ores et déjà également mobilisés pour la suppression de l'article 17 ter de ce projet de loi en considérant qu'il constituait "une régression lourde de conséquences pour les patients, pour la santé publique et pour les finances de l'Etat"¹².

La modification de la loi actuelle ouvre inévitablement la voie à des situations dramatiques

Refuser le droit au séjour à des étrangers gravement malades qui vivent en France, au motif que le traitement requis par leur état de santé est "disponible" dans leur pays d'origine (sans vérifier son accès effectif) conduirait vers deux situations toutes aussi dramatiques et prévisibles :

1. Certaines personnes repartiront ou seront renvoyées dans leur pays d'origine, malgré le risque d'une mort à plus ou moins brève échéance. La France devra alors assumer sa responsabilité à la fois directement, et plus globalement en matière de désengagement dans la lutte contre les pandémies, notamment l'infection à VIH, la tuberculose et les hépatites virales.

Monsieur V., ressortissant géorgien, séropositif à l'hépatite C, sous traitement, vit en France depuis trois ans et est pris en charge à l'hôpital. Monsieur V. est interpellé sur la voie publique, il est placé en rétention administrative. Si l'article 17 ter est voté, Monsieur V. sera renvoyé en Géorgie. Il ne pourra jamais s'y soigner car il ne pourra jamais payer le traitement de l'hépatite et n'aura aucune continuité des soins. Son état de santé se dégradera extrêmement rapidement avec risque prévisible de cancer du foie.

2. D'autres personnes resteront en France en situation de très grande précarité, dépendantes des aides caritatives, sans possibilité d'autonomie professionnelle, dans une situation d'insécurité administrative

¹⁰ Consultable ici : http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/2010-10-05_cpr_fr_prise_en_charge_globale_.pdf

¹¹ Consultable ici : <http://www.sfsp.fr/activites/file/CPSFSPamendementtraitements.pdf>

¹² Pour contacter les médecins hospitaliers initiateurs de cet appel : accessibilite.effective@gmail.com

préjudiciable à un suivi médical de qualité. L'inspection générale des finances (IGF) et l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans leur récent rapport de novembre 2010 sur l'Aide médicale d'Etat constatent déjà que des étrangers gravement malades qui auraient du relever du dispositif « étranger malade » (et donc de l'assurance maladie) relèvent à tort du dispositif de l'Aide médicale d'Etat (augmentant ainsi les dépenses de l'aide médicale d'Etat)¹³. Le non-recours aux soins et la prise en charge tardive auront pour conséquences des complications et surcoûts hospitaliers, en contradiction totale avec les programmes et objectifs de santé publique pour la prévention et le dépistage précoce en matière de VIH, des hépatites, des cancers, des diabètes, etc.

Madame N, ressortissante congolaise, diabétique insulinodépendante, risque de perdre la vue. Elle vit en France depuis 8 ans avec ses deux enfants mineurs scolarisés. Elle est titulaire de cartes de séjour temporaires depuis 5 ans et travaille en CDI. Si l'article 17 ter est voté, le renouvellement de sa carte de séjour temporaire sera refusé, au motif que le traitement par insuline par voie sous-cutanée est disponible à Brazzaville. Cependant, il est notoire que l'offre de soins et le suivi médical y sont très largement inaccessibles pour la grande majorité de la population. Madame N. passera de l'assurance maladie à l'Aide Médicale d'Etat, perdra son emploi et n'aura plus les moyens ni de payer son loyer, ni de subvenir aux besoins de sa famille.

La modification de la loi actuelle repose sur des arguments contradictoires ajoutant de la confusion

Changer la loi apparaîtrait nécessaire pour la « clarifier » ? Il n'en est rien. Après douze ans d'application de la loi, les circulaires à destination des autorités préfectorales et médicales, et la jurisprudence sont aujourd'hui concordantes et conformes à la volonté du législateur de prendre en compte les possibilités réelles d'accès aux soins. L'introduction d'une nouvelle notion aussi peu objective que celle "d'indisponibilité" ne pourra qu'être source de nouvelles confusions et de disparités d'application. En effet, si selon le gouvernement, remplacer accès effectif par disponibilité est censé "*ne rien changer*", les députés qui ont voté ce changement en ont d'ores et déjà des interprétations divergentes, tout en estimant la notion de disponibilité "*peu éclairante*".

Rappelons que l'ONU⁴ utilise aussi le concept d'accessibilité, en particulier pour les populations les plus vulnérables, et précise que cette accessibilité doit être tant physique qu'économique.

Modifier la loi serait indispensable pour "maîtriser" l'application du dispositif ? Il est choquant d'entendre dire que le dispositif actuel "*ouvre un droit au séjour potentiel à tout étranger ressortissant d'un pays ne bénéficiant pas d'un système d'assurance sociale comparable au nôtre*". Douze ans d'application du dispositif voté par le Parlement dans des termes clairs et équilibrés démontrent que la loi actuelle ne protège que les étrangers gravement malades installés en France et que la migration pour raison médicale demeure une exception. Comme le démontrent toutes les données recueillies, plus de 90% des personnes concernées ont ainsi découvert leur maladie à l'occasion d'un examen médical pratiqué en France alors qu'ils y résidaient déjà et n'avaient pas connaissance de leur pathologie en quittant leur pays d'origine (voir les rapports de l'InVS¹⁴, de l'Inserm¹⁵, du Comede¹⁶, de l'Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde¹⁷, et l'enquête ANRS Vespa¹⁸).

¹³ Rapport IGAS/IGF, « *Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'Aide Médicale d'Etat* », Alain Cordier, Frédéric Salas, la Documentation Française, novembre 2010, p.13-15 et Annexe 5 : p.16-20.

Consultable ici : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000685/0000.pdf>

⁴ ONU, comité des droits économiques et sociaux, observation générale n° 14/2000 (sur la santé)

Consultable ici : <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/35/PDF/G0043935.pdf?OpenElement>

¹⁴ InVS, « 2005 : SIDA, grande cause nationale, Epidémiologie du VIH/sida chez les migrants en France », Unité VIH/sida - IST - VHC, Département des maladies infectieuses, septembre 2005.

InVS, « *Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France* », F. Lot et autres, BEH n°5, janvier 2004

¹⁵ INSERM-UPMC, « *Migrations et soins en Guyane* », novembre 2009, p. 37.

INSERM-UPMC, « *Santé et migration à Mayotte* », avril 2008, p. 65.

¹⁶ Comede, *la santé des Exilés*, Rapport d'activité et d'observation, 2009, p.62.

¹⁷ Médecins du Monde, *L'accès aux soins des personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*, octobre 2009, p.51.

Refuser le droit au séjour aux étrangers gravement malades ne pouvant accéder aux soins dans leur pays d'origine renforce la clandestinité, aggrave le non recours aux soins, nuit aux actions de prévention et retarde la prise en charge médicale. Les impératifs financiers (traitement précoce moins coûteux qu'à des stades avancés) et la protection de la santé des populations en France conduisent logiquement à rejeter tout recul dans la protection des étrangers atteints d'une pathologie d'une exceptionnelle gravité.

Le CISS

www.leciss.org

La FNARS

www.fnars.org

L'ODSE

www.odse.eu.org

L'UNIOPSS

www.uniopss.asso.fr

Contacts :

Adeline Toullier (Aides) : 01 41 83 46 27 / 06 20 29 86 43 / atoullier@aides.org

Arnaud Veisse (Comede) : 06 68 60 38 24 / arnaud.veisse@comede.org

Pierre Carpentier (Odse) : 06 03 85 09 35 / odse@lalune.org

Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) représente depuis plus de 15 ans des intérêts communs à tous les usagers du système de santé et œuvre pour un accès de tous à des soins de qualité. Le CISS rassemble 34 associations nationales et 22 collectifs régionaux intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations familiales et de consommateurs : ADMD -AFD - AFH - AFM - AFPric - AFVS - AIDES - Allegro Fortissimo - Alliance Maladies Rares - ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France – Familles Rurales - FFAAIR - FNAIR - FNAMOC - FNAPSY - FNATH - France Alzheimer - France Parkinson - Le LIEN - Les Aînés Ruraux - Ligue Contre le Cancer - Médecins du Monde - ORGECO - SOS Hépatites - Transhépatite - UNAF - UNAFAM - UNAFTC - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) regroupe depuis plus de 50 ans des associations de solidarité et des organismes qui sont au service des plus démunis. La FNARS est un réseau généraliste qui lutte contre les exclusions, promeut le travail social et ouvre des espaces d'échanges entre tous les acteurs du secteur social. Elle fédère 800 associations et organismes publics.

L'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) est un collectif interassociatif créé en mars 2000. Il entend dénoncer les difficultés rencontrées par les étrangers et porter des propositions dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale. Il est composé de : ACT UP PARIS / AFVS / AIDES / ARCAT / CATRED / CIMADE / COMEDE / CRETEIL-SOLIDARITE / FASTI / FPCR / GISTI / LIGUE DES DROITS DE L'HOMME / MEDECINS DU MONDE / MEDECINS SANS FRONTIERES / MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL / MRAP/ PASTT / PRIMO LEVI / SIDA INFO SERVICE / SOLIDARITE SIDA

L'Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss) est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique. Elle regroupe 25 000 établissements et services privés à but non lucratif du secteur social, médico-social et sanitaire, au travers de 23 Uniopss (Unions régionales) et 110 fédérations et unions nationales de défense et de promotion des personnes, de gestion d'établissements et de services, de soutien aux activités sociales, sanitaires, médico-sociales et socio-judiciaires.

¹⁸ Enquête ANRS Vespa, ANRS, novembre 2004.