

Congrès AFSP 2009

ST 27 Action publique et parcours de vie. Nouvelles inégalités et nouvelles approches des inégalités

Axe 2 : 7 septembre 2009 16h30-19h

Elhadji M. Mbaye, Doctorant en fin de thèse, Institut d'Etudes politiques de Grenoble elhadjimbaye@gmail.com

La légitimité des illégitimes : politiques publiques et parcours de vie des étrangers malades en France*

Introduction

Alors qu'en France l'Etat central est omniprésent dans le management de la vie des individus, l'approche par les parcours de vie y est très peu développée alors qu'elle est particulièrement investie aux Etats-Unis, en Allemagne et en Suisse. L'Etat développe ses activités et ses responsabilités pour mieux maîtriser l'ensemble des aspects de la vie sociale (Mayer, 1989). Parmi les questions politiques, l'immigration au centre du débat public. La sédimentation législative que connaît ce secteur est un moyen pour les pouvoirs publics de contrôler l'ensemble du parcours de vie de l'étranger, de l'entrée à la sortie du territoire. A la différence d'autres secteurs publics comme la santé, l'immigration est faiblement marquée par une logique de gouvernance (Mordelet, 2006). L'Etat y accorde une faible place aux acteurs privés qui ne se laissent pas exclure du jeu des acteurs. Ainsi, il existe une forme de jeu « du chat et de la souris » entre les pouvoirs publics, qui veulent verrouiller les failles en matière de législation sur l'entrée et le séjour des étrangers, et les associations défenseurs de la *cause lawyering* (Sarat, Scheinglod, 2001) qui tentent de les exploiter au profit des étrangers. Ce fort investissement du secteur de l'immigration par les pouvoirs publics vise une institutionnalisation des parcours de vie des étrangers. Si le management politique du parcours des étrangers en situation régulière est relativement facile à réaliser, celui des étrangers en situation irrégulière est plus difficile à réaliser pour plusieurs raisons. D'abord, cette catégorie de population est d'autant plus difficile à atteindre par les politiques publiques qu'elle est invisible. La médiatisation qu'elle connaît ne profite que rarement aux étrangers en situation irrégulière (Mouchard, 2002) et aux pouvoirs publics (Guiraudon, 2006). Aucune autre politique publique ne fait de ces populations les bénéficiaires de son action. L'un des seuls droits dont ils disposent est le droit à la santé en cas d'urgence ou après trois mois de

*Ce texte est rédigé dans le cadre d'une thèse de science politique portant sur « l'action publique au croisement des politiques d'immigration et de lutte contre le sida en France » sous la direction de Monika Steffen, avec et le soutien financier du Cluster 12 et de Sidaction. Nous remercions ainsi Monika Steffen pour ses commentaires sur la première version de ce texte.

résidence sur le territoire ou suite à une maladie grave qui menace leur existence biologique.

Depuis le débat public entre Fabius et Chirac, il s'est installé en France entre la Gauche et la Droite une forme de consensus républicain indicible sur l'immigration qui brouille les frontières idéologiques (Weil, 1991, 271). Les points de l'accord politiques sont : la stabilisation du nombre d'étrangers installés régulièrement en France, la limitation au volontariat de l'aide au retour, l'arrêt de la régularisation massive, et le maintien de la politique de « maîtrise des flux migratoires ». Selon la logique de cet accord, les étrangers en situation irrégulière ont vocation à être reconduits dans leur pays d'origine. En outre, depuis le choc du 21 avril 2002 et le retour de la Droite au pouvoir cette politique est renforcée. Les pouvoirs publics estiment que donner une reconnaissance à cette catégorie d'étrangers conduirait à une remise en cause des principes de l'Etat et de sa souveraineté, à savoir le respect des règles et des lois de la République. Dans cette perspective, comment l'Etat peut-il reconnaître des publics qui défient son autorité ? Les étrangers en situation irrégulière sont ainsi illégitimes au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France. Paradoxalement, ils peuvent bénéficier d'une forme de reconnaissance institutionnelle, dès lors qu'ils sont atteints de pathologies graves comme le sida. Dans ce cas, ils sont pris en charge au titre de la logique de santé publique et bénéficient, outre des soins, d'un titre de séjour au motif de leur maladie grave. Illégitimes en matière de politique d'immigration, ils deviennent légitimes au regard de la politique de santé publique, en vertu de l'article 313-11-11° de la loi sur l'entrée et le séjour des étrangers en France. Ce dispositif détermine ainsi le parcours des étrangers malades, de la découverte d'une séropositivité au VIH par exemple à la prise en charge médicale et à l'accompagnement psycho-social de la maladie.

Dans ce texte, il ne sera pas question de « standardisation »¹ de parcours de vie. L'objectif sera d'interroger l'influence des différentes institutions sur les parcours de vie des étrangers malades en France (Cavalli, 2007). Il s'agira d'abord de montrer l'évolution de la controverse pour la reconnaissance institutionnelle de la catégorie d'action publique concernant les « étrangers gravement malades ». Ensuite nous montrerons comment les controverses entre les corporatismes sectoriels de santé et d'immigration affectent le parcours de vie (et de mort) des étrangers gravement malades ? Soumis à ces deux logiques politiques, ces parcours de vie empruntent deux voies opposées : d'un côté leur maladie grave facilite leur accès aux soins, leur obtention d'un titre de séjour, et plus généralement leur intégration en France. Notre analyse montrera comment les étrangers en situation irrégulière peuvent utiliser leur santé pour échapper à l'institutionnalisation

¹ Dans son article Cavalli fait la différence entre la standardisation des parcours de vie et leur institutionnalisation. Selon lui, la standardisation renvoie « au degré de régularité dont font preuve les parcours idiosyncrasiques, spécialement en ce qui concerne le timing des principales expériences », c'est-à-dire qu'on fait les mêmes choses aux mêmes âges.

normative de leurs parcours de vie, qui les catégorise comme des *persona non grata* sur le territoire. De l'autre côté, les politiques de lutte contre l'immigration et leur mise en œuvre influent directement sur les parcours de vie des étrangers malades. Nous analyserons comment ces politiques restrictives contribuent à précariser leur situation d'étrangers, en remettant en cause leur projet migratoire et leurs relations sociales. Ces politiques et leur application restrictive contribuent à rendre difficile l'accès aux soins et au séjour des étrangers malades et à entraîner, dans certaines situations, leur expulsion dans leur pays d'origine dépourvus de traitements contre leurs maladies graves.

Cette étude est basée sur des observations de terrain et sur une série d'entretiens effectués en Afrique et dans différentes villes de France, aussi bien auprès des étrangers malades qu'auprès des associations qui les soutiennent ainsi que des acteurs institutionnels chargés de concevoir et d'appliquer les politiques à l'égard de ces publics².

Evolution des controverses pour la reconnaissance institutionnelle du parcours de souffrances

Pour mieux comprendre le parcours des étrangers gravement malades, il est d'abord nécessaire de connaître le sentier institutionnel qui a produit le principal dispositif déterminant leur parcours de vie dans le contexte de leur immigration.

Dans le domaine du médico-social, l'Etat délègue souvent aux acteurs privés la gestion de problèmes publics complexes. Le modèle de gouvernance adopté dans ce domaine donne une place importante aux acteurs privés. En matière de santé des étrangers, l'expérience acquise et reconnue des acteurs privés dans des domaines comme la solidarité, les questions culturelles, la prise en charge des populations précaires, la lutte contre le sida, la défense des étrangers sont tour à tour mobilisés en faveur de l'accès aux soins. Si ces traditions différentes des associations peuvent conduire à des conflits entre elles, sur leur degré de mobilisations et leur positionnement en faveur des étrangers malades, elles constituent généralement une ressource politique de premier plan (Lascoumes, 2003) en termes de lobbying, de ressources humaines et cognitives en faveur de la cause des étrangers malades.

Les premières mobilisations associatives en faveur des étrangers malades ont eu lieu dès le début des années 1990. Elles étaient conduites en réaction à la « double peine » dont furent victimes les étrangers reconduites à la frontière suite à leurs séjours en prison. L'engagement des associations s'est particulièrement intensifié lorsque des étrangers atteints de pathologies graves comme le sida, mettant en cause leur pronostic vital, furent expulsés dans leur pays d'origine. Il s'agissait alors pour elles de s'opposer à ce qu'elles considéraient comme une « triple peine » : malades du sida, emprisonnés puis expulsés dans des pays dépourvus de traitements contre leur pathologie. L'association de lutte contre le sida Act-Up, très influente durant les années 1990 (Paicheler, 2002), particulièrement sensible à la

² Une centaine d'entretiens et de l'observation participante ont été effectués dans ce cadre entre 2005 et 2009.

violence institutionnelle dont étaient victimes les étrangers atteints par le VIH/sida (Buton, 2005), fut la première des associations traditionnelles³ à s'intéresser au sort des étrangers malades expulsés. Elle rejoint en 1991 le Comité national contre la double peine et forme avec lui le Collectif contre l'Expulsion des Malades (CEM) (Celse, 1994). Durant l'année 1993, ensemble, ils réussissent à s'opposer avec succès à plusieurs expulsions d'étrangers malades. Le 1^{er} juin 1994, suite une action d'envergure, menée sous l'initiative de trois associations : Act-Up, Arcat et le Comede, est créé un nouveau réseau dénommée Action pour les Droits des Malades Etrangers en France (ADMEF). Suite à une politique « d'immigration zéro » politiquement revendiquée et la décision de la loi Pasqua du 24 août 1993 de conditionner l'accès à l'assurance maladie à la régularité de séjour des étrangers, d'autres associations rejoignent le mouvement en faveur des étrangers malades. C'est ainsi que 35 nouvelles associations intègrent le réseau et acceptent les principes de l'ADMEF. Son action consistait à un lobbying politique en vue d'interpeller les pouvoirs publics pour une modification législative de l'ordonnance du 2 novembre 1945. Le principal argument du collectif était de montrer que l'expulsion d'un étranger malade du sida dans un pays dépourvu de traitements représente une condamnation à mort, car elle interrompt les traitements prescrits en France et qui font défaut dans les pays pauvres d'où sont originaires la plupart des étrangers malades expulsés.

La sensibilité de ce discours médical et politique ainsi que l'affaire des sans papiers de l'Eglise Saint Barnard qui se joue en même temps en 1996, attire l'empathie de l'opinion publique et de certains hommes politiques, notamment la ministre de la Santé, Simone Veil et le ministre de la Justice, Pierre Méhaignerie, tous deux sensibles à la cause des étrangers malades. Cependant, les services du ministre de l'Intérieur, sous Charles Pasqua, continuent la politique de la double peine même pour les étrangers gravement malade. En 1995, un nouveau réseau d'associations, l'Urgence Malades Etrangers en Danger (URMED) succède à l'ADMEF. En 1997, elle s'investit fortement lors de l'expulsion d'un étranger malade du sida au moment des débats parlementaires sur le vote de la loi Debré sur l'immigration. L'action de l'URMED et l'implication directe d'hommes politiques comme Bertrand Delanoë sénateur, conduira à l'institutionnalisation du principe de *l'inexpulsabilité* des « étrangers atteints de pathologies graves » par l'article 25-8 de l'ordonnance du 2 novembre 1945, modifiée par la loi n°97-396 du 24 avril 1997.

En 1998, la mobilisation toujours continue des associations, le retour de la Gauche aux affaires et la situation de « ni-ni » (ni régularisables, ni expulsables), catégorie dans laquelle se trouvait les étrangers gravement malades ont conduit à la création d'une nouvelle catégorie d'action publique celle « d'étrangers malades ». Ainsi, par l'article 12 bis 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945, modifiée par la loi du 11 mai 1998, un titre de séjour

³ Dans ce texte, nous faisons la différence entre les associations traditionnelles de lutte contre le sida comme Aides, Act-Up, Arcat-sida nées dans les années 1980 et les associations communautaires africaines apparues beaucoup plus tardivement dans le champ du sida.

est accordé " 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 ". Cette clause humanitaire sera particulièrement exploitée par les étrangers malades. Or, depuis 2002, sa logique va de plus en plus à l'encontre de celle de lutte contre l'immigration et des objectifs chiffrés de reconduites à la frontière. Sa délivrance ou son refus accompagné d'une obligation à quitter le territoire français (OQTF) marque le vécu et la survie de l'étranger malade en France.

Alors que la politique d'immigration est désormais soumise à une stratégie déclarée en termes d'objectif chiffré de reconduites à la frontière et de restrictions sur le séjour des étrangers en France, le droit au séjour pour raison médicale est l'une des rares voies, permettant à un étranger en situation irrégulière de bénéficier d'une carte de séjour. Ce dispositif constitue le seul moyen institutionnalisé de régularisation d'un étranger en situation irrégulière sur le territoire français. Dans les autres possibilités de régularisation (travailleur sans papiers, parents d'enfants scolarisés, conjoints de Français...), les dossiers de régularisation sont traités au cas par cas. Si la régularisation des étrangers malades est considérée comme un dispositif humanitaire, cependant, depuis 2002, il sert d'alibi pour masquer et légitimer une politique remettant en cause les droits humains des étrangers en situation irrégulière⁴.

Les droits humanitaires se substituent ainsi aux droits de l'Homme des étrangers. Face à cette tendance d'une politique d'immigration basée sur la seule reconnaissance de la pitié ou de la souffrance, certains étrangers en situation irrégulière seraient prêts à mettre délibérément en danger leurs corps et leur survie afin de régulariser leur séjour par un document officiel. En matière de sida, certains seraient même prêts à se contaminer volontairement pour bénéficier d'une régularisation par le corps souffrant tel qu'elle est établie en France.

Du pays d'origine au pays d'accueil : immigrés thérapeutiques et droit au séjour

Depuis son institutionnalisation, la carte de séjour pour les étrangers malades détermine et oriente les parcours de vie des étrangers malades du sida. Lorsqu'un étranger malade dans son pays d'origine décide de s'engager dans une « mobilité résidentielle », son objectif est d'étendre son champ des possibles et de devenir un acteur propre de sa trajectoire biographique (Thomsin, 2005). Il s'investit alors dans une individualisation de son parcours de vie, rompant avec celles des autres malades. Entre rester et mourir ou partir et vivre, l'immigré thérapeutique choisit la seconde alternative, s'il en a les moyens. Dans ce cas, le parcours de vie envisagé est le résultat d'un projet biographique personnel. Ce choix est d'autant plus évident chez le malade du sida qu'il n'a plus rien à perdre et tout à gagner. Il s'engage alors dans une destandardisation du parcours de vie mais surtout

⁴ Il est défini par les ex-ministres de l'intérieur Nicolas Sarkozy et de l'Immigration Brice Hortefeux, comme « l'aspect généreux d'une politique d'immigration ferme ».

de mort de millions de malades du sida restés en Afrique et résignés à attendre de mourir. Dans certains pays en d'Afrique, les biopolitiques sont devenues des « nécropolitiques » (Fassin, 2006).: les autorités se contentent de la gestion des cimetières et les familles de l'enterrement de leurs proches. Le malade qui veut continuer à vivre, qui veut se réaliser et être responsable de son destin doit choisir de partir lorsqu'il a les moyens : il s'agit alors d'immigrés thérapeutiques (Mbaye, 2009).

Dès l'annonce par les chercheurs du « Grand tournant »⁵ dans l'offensive contre le sida en février 1996, les pouvoirs publics français ont fait de l'universalité de l'accès aux nouveaux médicaments, enfin efficaces contre le sida, leur objectif politique primordial. Dès la fin 1996, le nombre de traitements disponibles contre le sida en France dépassait celui des malades : 25000 traitements contre 18000 malades (Dodier, 2003). Cette situation a pu attirer des malades venus d'autres pays. Selon une étude de l'Institut de veille sanitaire, la première vague de malades du sida est arrivée dès le second semestre 1996 (Valin et al, 2002). Il s'agissait principalement d'individus à l'aise financièrement dans leurs pays d'origine et qui pouvaient venir s'approvisionner en médicaments en France. Leurs séjours brefs, généralement de quelques semaines, avaient pour objectif de bénéficier des dernières générations de traitements et de repartir au pays avec un stock suffisant de médicaments. Ceux qui pratiquaient « ces voyages d'approvisionnements » étaient des privilégiés dans leurs pays et pouvaient se payer le luxe d'y retourner, une fois servis. Le déni de la maladie dans les années 1980 et 1990 en Afrique, l'absence de débats publics, la perception publique du sida comme « maladie des blancs », le nombre d'obstacles à franchir pour faire accepter sa maladie dans la communauté, ont contribué à encouragé ces voyages de ceux qui se savaient déjà atteints par le VIH/sida et qui pouvaient payer pour se soigner loin de leurs pays. Cette immigration de malades du sida se poursuivra tout au long des années 2000.

La voie royale

Bernard est immigré camerounais. Ingénieur dans son pays d'origine, il rend compte de son parcours : *J'ai appris que j'avais cette maladie en 1998, mais je suis contaminé depuis au moins 1993, date à laquelle j'ai fait mon premier test VIH. A l'époque, j'étais hospitalisé et les médecins, qui se doutaient sûrement de ma contamination, m'avaient fait faire le test sans me le dire. Le test s'étant révélé positif, ils m'avaient demandé de refaire un test de confirmation dont je n'ai pas réussi à obtenir les résultats. Puis en 1998, je suis tombé gravement malade, j'avais des problèmes respiratoires et j'avais perdu énormément de poids. Le médecin m'a alors conseillé de faire un autre test. (...) C'est la principale raison de ma venue en France. Mes médecins au Cameroun m'ont encouragé à venir me faire soigner ici*

⁵ Le Grand tournant dans la lutte contre le sida est l'arrivée en 1996 des trithérapies, médicaments enfin efficaces, et qui ont entraîné un changement paradigmatique dans les politiques de lutte contre le sida dans le monde : le sida devenant pour ceux qui bénéficient des trithérapies, une maladie chronique.

car le traitement que je suivais là-bas n'était plus suffisant, je n'avais pas assez de médicaments. J'ai commencé les démarches pour le voyage, lorsque mon assurance professionnelle a accepté de prendre en charge les frais. Ça a été un peu compliqué car j'ai dû prouver que le traitement dont j'avais absolument besoin était introuvable au Cameroun. Il a fallu fournir le témoignage des hôpitaux et du ministère de la Santé. ».

Un immigré burkinabé de 48 ans entré en France en 2002 témoignait également de son parcours après la découverte de sa séropositivité en Afrique : *« Étant salarié, avec des ressources très convenables (...). Je commençai à développer un lymphome non hodgkinien [cancer de la lymphe]. Cette maladie nécessitait une chimiothérapie, un traitement qu'il m'était impossible d'obtenir au Burkina Faso. Mon médecin, en contact avec un hôpital parisien, a fait des démarches pour qu'on puisse m'y prendre en charge. Il fallait que je trouve les moyens de venir en France. Comme j'étais un agent de l'Etat, j'ai déposé, ce qui est un droit pour tout citoyen burkinabé, une demande d'évacuation sanitaire puisque je ne pouvais pas être soigné chez moi. Mon dossier a été déposé au ministère de la Santé. Mais, un mois plus tard personne ne l'avait ouvert. En théorie, l'évacuation sanitaire existe pour tous. Dans la pratique, elle est réservée aux dignitaires, à ceux qui ont des appuis. Je l'ai bien vu. Et puis, je me suis rappelé que je connaissais deux personnes qui avaient fait les mêmes démarches et qui étaient décédées avant d'avoir eu une réponse officielle. J'ai décidé de me débrouiller, et ce d'autant plus que le lymphome grandissait. J'ai demandé un congé annuel, fait une demande de visa touristique avec un certificat d'hébergement, obtenu d'un ancien camarade de classe installée en France depuis des années, et puis je suis parti. J'ai obtenu mon visa un jour à 18 heures. J'étais dans l'avion pour Paris le soir même à 22 heures. »*

La migration associative

En dehors de ces privilégiés, un autre public a été attiré par ces politiques axées sur la disponibilité et la gratuité des trithérapies en France : les responsables d'associations de lutte contre le sida des pays du Sud. Il s'agissait surtout de responsables des premières associations de personnes vivant avec le VIH/sida en Afrique connectés au réseau international de lutte contre le sida. Leurs privilèges étaient liés au fait d'être en lien avec les acteurs internationaux de lutte contre le sida et de pouvoir voyager pour présenter leurs expériences de la maladie dans les grandes conférences internationales. Durant ces rencontres, ils nouaient des relations directes avec les associations du Nord. Certains d'entre eux ont ainsi bénéficié dans un premier temps de la solidarité des malades du Nord, en recevant dans leurs pays d'origine des médicaments collectés suite au décès des malades européens. Cependant, ces stocks de médicaments étaient en quantité limitée et entraînaient controverse et concurrence entre ceux qui pouvaient les recevoir et rester en vie et ceux qui ne figuraient pas en première ligne dans la hiérarchie des bénéficiaires et pouvaient mourir car non « indispensables » pour la continuité de la lutte contre le sida organisée dans les pays d'origine par des réseaux associatifs internationaux. Ces choix difficiles venaient s'ajouter aux autres problématiques comme le déni de la

maladie, la marginalisation des malades, les problèmes sociaux aigus, etc. Ainsi la plupart des premiers responsables d'associations de lutte contre le sida en Afrique ont finalement pu profiter des conférences internationales pour rester dans les pays où les traitements étaient disponibles, accessibles et gratuits. Dans certains pays d'Afrique, les acteurs informés des enjeux autour du sida, conseillaient les responsables associatifs et les malades de quitter leur pays pour rejoindre les pays du Nord dès qu'ils en avaient l'occasion (Chevallier, 2006).

Victor est de nationalité burundaise. Dans son pays, il était déjà militant de l'Association Nationale de soutien aux séropositifs et sidéens. Il rend ainsi compte de son parcours :

J'ai appris ma séropositivité en 1999 au pays et c'est la solidarité de ma famille, de mes proches qui m'a permis de rester en vie. Je suis venu en France en 2001. Je suis maintenant militant de l'association AIDES. Je participe à l'accueil, à des permanences à l'hôpital, et je collecte des médicaments pour le Burundi. Chaque fois que je peux et je remplis ma part du contrat vis-à-vis des gens qui m'ont soutenu : je fais de la prévention et je témoigne, je dis que j'ai le VIH et que je vais bien. J'ai réalisé une cassette vidéo sur l'espoir et la solidarité. Elle a été diffusée par plusieurs télévisions africaines. Grâce aux formations organisées par AIDES, je connais mieux l'infection par le VIH, les médicaments, leurs noms, leurs modes d'action. Cela m'est très utile. Ça me motive aussi pour bien prendre mes traitements. Maintenant, je sais que si je m'étais fait dépister à temps et que j'avais commencé à me traiter plus tôt, je ne serais pas tombé aussi bas. Après plusieurs années, j'ai pu enfin avoir une combinaison de médicaments adaptée à ma situation. Une très bonne observance m'a permis de me sentir de nouveau en forme, de récupérer le poids que j'avais avant ma maladie. Maintenant, je vais bien. Je mène une vie utile. J'ai beaucoup d'amis et je suis très bien entouré. Voici quelques mois, je me suis marié avec Valérienne et nous allons avoir un enfant.

A la fin des années 1990, il n'existait pas encore en France de statut juridique pour les étrangers atteints de pathologies graves et ne pouvant être soignés dans leur pays d'origine. Néanmoins, le modèle français de lutte contre le sida basé sur les quatre principes suivants : *éviter tout risque de discrimination à l'égard des personnes vulnérables, infectées ou malades du sida ; informer des risques réels et des voies de transmission ; honorer la confidentialité, et respecter le libre-choix des malades*. Ces principes posés par les premiers experts (Steffen, 2001) ont pu faciliter l'entrée et le séjour des étrangers malades du sida en France. Or, ces étrangers qui se savaient déjà atteints par le VIH/sida dans leur pays d'origine et partis pour des raisons de santé ne représentent que 5 à 10% du total des étrangers vivant avec le VIH/sida en France aujourd'hui. La majorité d'entre eux ont découvert leur séropositivité une fois installée en France. Cet imprévu bouleverse leur projet migratoire et transforme leur parcours d'immigré ordinaire à celui d'immigré-malade.

Du parcours d'immigré à celui d'immigré-malade

Dans environ 90% des cas, les étrangers atteints par le VIH/sida en France découvrent leur séropositivité sur le territoire. Les politiques d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité (CMU et AME), les campagnes de prévention ciblées en direction des publics migrants, la gratuité et l'anonymat du dépistage du VIH/sida encouragent les étrangers une fois sur le territoire à vouloir connaître leur statut sérologique. Les femmes migrantes se font particulièrement dépistées durant leurs grossesses. Si le travail a toujours fondé la légitimité de l'immigré dans son pays d'accueil, en revanche, la maladie y représentait le symbole de la négation de l'immigré (Sayad, 1999). L'illégitimité d'hier est ainsi devenue, grâce à la mise en place du droit au séjour pour soins, le moyen de reconnaissance de l'étranger en France. La biopolitique en tant que gouvernement des corps (Foucault, 1976) conduit à une politique de la vie, autrement dit, une biolégitimité (Fassin, 2007). Cet individu qui n'a d'autres formes de légitimité que celle d'être un corps humain, à priori sans nationalité ni origines ni religion, devint légitime et reconnu alors que les corps en vie des étrangers en situation irrégulière sont systématiquement recherchés pour être reconduits à la frontière. En plus de cette biolégitimité, les malades du sida disposent en France d'un arsenal d'aides et de soutiens : de psychologues, d'assistantes sociales, de médecins, d'associations, qui visent à améliorer leur prise en charge médicale, leur espérance et leur qualité de vie. Ils peuvent aussi bénéficier d'autres prestations sociales comme le Revenu minimum d'insertion (RMI), l'Allocation Adulte handicapée (AAH), la pension d'invalidité, l'Allocation parent isolé (API), etc.

Robert est de nationalité gabonaise et salarié de l'association Aides. Il témoigne ainsi de son expérience dans l'accueil des migrants :

Y a peut-être une ou deux personnes sur 1000 malades au pays qui se disent que je vais me battre pour avoir le visa pour venir me faire soigner, d'autant que maintenant c'est dur d'avoir le visa. Et y'a donc une personne sur 1000 qui le fait. Mais y a un autre problème : des personnes qui sont pauvres dans le pays d'origine se disent "je vais en France pour chercher fortune" et ils arrivent à rentrer. Et c'est peut-être ça qui fait penser qu'ils viennent pour se faire soigner. Chez beaucoup de jeunes et d'adultes dans nos pays, la question du VIH n'est pas à l'ordre du jour et la plupart d'entre eux ne savent pas qu'ils sont contaminés par le VIH et un beau jour, ils se disent que ça ne va pas au pays, je vais chercher ailleurs et souvent quand ils arrivent ici, ils sont entrain de passer dans cette phase de maladies opportunistes et là, une semaine, deux semaines ils sont malades. Moi, les personnes que je rencontre ici, c'est ça. Je connais une personne originaire de la République démocratique du Congo qui est arrivé ici en mission pour deux semaines et c'est pendant sa mission qu'elle est tombée malade, qu'elle a développé une tuberculose et c'est à l'hôpital qu'elle a découvert qu'elle est séropositive et là, le médecin lui a dit, écoutez restez ici pour vous faire soigner, mais elle n'était pas venue pour se faire soigner. Elle est venue pour une mission et pour beaucoup c'est ça. La plupart viennent chercher fortune et c'est quand elles arrivent là que des maladies opportunistes révèlent leur maladie. Je ne dis pas qu'il n'y a pas des gens qui se sentent malades au pays et qui viennent pour se faire soigner».

Dans leurs pas d'origine, l'inexistence ou la cherté de traitements, la mauvaise image des malades du sida, le risque d'exclusion, le coût du dépistage ne motivent pas les personnes à vouloir connaître leur statut sérologique. C'est en France qu'ils l'apprennent pour la plupart. C'est le cas de Joseph, de nationalité congolaise. Il a quitté son pays en 2002 grâce à la vente de leur maison familiale. Au moment de l'émigration, Joseph disposait d'environ 3000 euros pour son voyage. Pendant plusieurs mois, il a sollicité dans son pays d'origine des réseaux de passeurs. Lorsqu'il trouve enfin dans la capitale Kinshasa quelqu'un qui lui promet un visa, la somme dont il disposait ne suffisait pas pour bénéficier de ce privilège. Il choisit alors d'émigrer seul, par ses propres moyens. Il avait alors 28 ans et était maçon. Il espérait trouver un emploi en France grâce à sa maîtrise de la truelle. Parti sain (comme il le dit lui-même), il était passé par plusieurs pays dont le Nigéria pour avoir des faux papiers. Ceux-ci ne lui ont pas beaucoup servi et lui ont fait perdre toutes ces réserves financières. Pendant deux ans, Joseph traverse forêts, déserts et mers est réussit enfin à entrer en Espagne. Mais ce pays n'était pas sa destination finale. Il voulait rejoindre Paris où habitaient ses cousins. Ces derniers revenaient souvent au pays « biens sapés et avec beaucoup d'argent ». Au moment où son rêve était en train de se réaliser, une toux chronique l'avait amené voir un médecin d'une association aidant les sans papiers à Paris. Très malade et très fatigué il se retrouve hospitalisé dans un hôpital parisien. C'est durant son séjour à l'hôpital que sa maladie du sida lui a été annoncée. Il y bénéficie ainsi de *counselling* pré-test et post test. Grâce à l'aide de l'association Aides, il a pu d'abord obtenir l'Aide médicale d'Etat. Grâce au certificat médical du médecin, il a ainsi déposé une carte de séjour « vie privée, vie familiale » au titre de sa maladie. La dernière fois que nous l'avons rencontré, Joseph attendait sa carte de séjour régularisant sa situation de vie et de travail en France.

L'intégration par la maladie

Une fois en France, les étrangers atteints par le VIH/sida peuvent bénéficier d'une « carte de séjour pour raison médicale ». Selon l'article 313-11, 11° de la loi CESEDA n°2003-1119 du 26 novembre 2003, une carte de séjour « vie privée, vie familiale » est accordée « 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 ». Dans un contexte marqué par les restrictions des politiques d'immigration, l'immigré doit apporter les « preuves de son intégration » conformément à la définition de l'intégration du Haut conseil à l'Intégration de 1993 reprise par la loi du 24 juillet 2006 à travers le contrat d'accueil et d'Intégration (Guiraudon, 2007). Comme lieu d'insertion des personnes malades dans la société française, la santé est devenue un secteur d'écoute et de responsabilisation des migrants. De ce fait, elle constitue une porte d'entrée vers le social. Les discriminations institutionnalisées dont peuvent être victimes les étrangers dans d'autres secteurs d'action publique sont moins évidentes dans le milieu de la santé (Fassin, 2005). L'univers symbolique humaniste (Parizot, 2005) de ce secteur y contribue.

Charles est de nationalité centrafricaine. Il est arrivé en France en 2007 avec un stade sida avancé. En parlant de sa maladie, il déclare :

« Je veux rester en France ! Parce que même si c'est dur de rester avec les enfants loin au pays, les traitements sont biens ici. Je suis bien soigné, j'ai les médicaments, j'ai les approvisionnements, je me porte bien et je préfère rester dans des conditions comme ça. C'est vrai que les papiers, ce n'est pas encore ça ! Mais la santé, c'est la priorité ! Vu tout ça, j'ai préféré rester pour les soins. Et quand j'aurai les papiers, je chercherai un travail, car moi, je suis opérationnel moi ! Je préfère utiliser mes mains pour gagner ma vie. Mais comme tu sais, en France, pour avoir les papiers, il faut se battre. Heureusement pour moi, je suis entre les mains d'une assistante qui est bien. Elle m'oriente bien, elle m'informe, elle me soutient, elle me donne des conseils. En tout cas elle est sympa. Là, j'ai écrit pour une carte de séjour provisoire, mais ils ne m'ont pas répondu. Même si les traitements étaient disponibles au pays, je ne retournerai pas. Car tu sais au pays comment ça se passe, les politiciens partagent les médicaments entre eux et leurs familles et ne les donnent pas aux personnes qui sont vraiment malades ».

En plus de l'accès au régime général d'assurance maladie, le droit au séjour pour soins fournit à l'étranger malade des outils pour faciliter son intégration dans la société d'accueil. Son institutionnalisation par loi Chevènement du 11 mai 1998 a considérablement réduit les voyages d'approvisionnements des malades du sida. Ces derniers se sont maintenant sédentarisés en France. Comme seul moyen institutionnalisé de régularisation sur le territoire, le droit au séjour pour soins, par son caractère exceptionnel est sollicité par plusieurs catégories d'étrangers en situation irrégulière qui évoquent leur état de santé pour bénéficier d'un titre de séjour. Sachant que ce dispositif n'est limité à aucune maladie, les étrangers en situation irrégulière tentent de la solliciter pour des maladies bénignes comme la toux ou la grippe ou des maladies graves, rares et foudroyantes comme la méningite ou certaines formes de tuberculose et aussi le sida. Malgré toutes ces pathologies, les malades du sida profitent plus de ce dispositif que les autres catégories de malades. Ils bénéficient d'une part de la sensibilité politique du sida, liée à l'affaire du sang contaminé et au soutien permanent des acteurs aussi bien institutionnels qu'associatifs de lutte contre le sida. Par exemple pour protéger les malades du sida des risques d'expulsion, la Direction Générale de la santé a publié en 2005 la circulaire N°DGS/SD6A/2005/443 du 30 septembre qui précise que *« dans l'ensemble des pays en développement, il n'est donc pas encore possible de considérer que les personnes séropositives peuvent avoir accès aux traitements antirétroviraux ni à la prise en charge médicale nécessaire pour les porteurs d'une infection par le VIH »*. Ainsi, les avis des préfetures sur ces dossiers devront être émis *« dans les délais les plus rapides possibles afin d'éviter que des délais d'instruction trop longs ne compromettent la prise en charge globale, sociale et médicale, indispensable au suivi des personnes séropositives pour le VIH »*.

Du fait des avantages qu'offre ce dispositif, les étrangers en situation irrégulière développent plusieurs types de stratégies pour bénéficier de ce

titre. Si les contaminations volontaires de personnes voulant bénéficier d'un titre de séjour sont souvent systématiquement évoquées par les associations de soutien aux étrangers malades, nous n'avons pas, au cours de nos recherches, rencontré des tels cas. Cependant, la simple évocation de ces pratiques potentiellement possibles, montre comment les politiques d'immigration obligent certains étrangers à mettre en exergue leurs corps malades, plutôt que leurs corps sains pour bénéficier d'une reconnaissance. Cette réalité témoigne également d'une forme de résignation des étrangers en situation irrégulière, face à des politiques d'immigration dont l'objectif publiquement affiché est de reconduire le maximum d'entre eux à la frontière.

Différentes stratégies sont ainsi développées par les étrangers pour bénéficier de la carte de séjour pour soins. Elles peuvent être classées en plusieurs catégories dont :

- *la stratégie de mobilité* : du fait du pouvoir discrétionnaire des préfets, les pratiques administratives dans le traitement du séjour des étrangers sont différentes selon les départements. Ce pouvoir discrétionnaire contribue à la destandardisation du parcours de vie institutionnalisé. Les étrangers se déplacent alors dans les départements hors de Paris où les accords favorables des préfetures sont plus nombreux.

- *l'usurpation d'identité d'une personne malade* : il s'agit de se présenter à la préfecture à la place de la personne véritablement concernée par la maladie grave.

- *le mariage ou la mise au monde d'un enfant français* : cette stratégie est généralement utilisée par les femmes migrantes du fait de la restriction des conditions d'accès du regroupement familial. Certaines femmes malades du sida continuent néanmoins à avoir des rapports sexuels non protégés pour mettre au monde des enfants français.

La politique de lutte contre le sida fournit en outre aux étrangers malades la possibilité de participer à l'action publique en s'investissant dans la lutte contre le sida en France. La figure du malade réformateur social (Defert, 1994) reste d'actualité aujourd'hui dans un contexte où des publics par ailleurs exclus, deviennent des acteurs reconnus et légitimes. L'inexpérience des pouvoirs publics en matière de santé des étrangers ainsi que la complexité de la question liée aux problèmes culturels, à l'interprétariat obligent les pouvoirs publics à recourir aux associations migrantes dans le cadre de la régulation du problème du sida chez les étrangers. Des médiateurs culturels sont ainsi formés parmi les étrangers malades pour participer à la prise en charge hospitalière des patients originaires d'Afrique subsaharienne.

Les responsables des associations communautaires, notamment africaines, ayant d'abord bénéficié de plusieurs années d'expériences au sein des associations traditionnelles de lutte contre le sida comme Aides ou Act Up finissent par créer leurs propres associations. Ils transfèrent ainsi leurs expériences militantes et leur vécu de la maladie au sein de leurs nouvelles organisations. Jusqu'à la création des associations communautaires, les grandes associations traditionnelles de lutte contre le sida comme Aides, Sidaction, Arcat-sida étaient les partenaires exclusifs des pouvoirs publics

dans la lutte contre le sida. Elles étaient généralement sollicitées dans le cadre de la gouvernance de la lutte contre le sida. Avec l'arrivée du problème des migrants, elles n'ont plus le monopole du secteur. Ces associations, formées en majorité par des homosexuels pour des homosexuels vivant avec le VIH se sont rendues compte que plusieurs questions relatives aux migrants allaient au-delà de leurs compétences : les problèmes des langues et des traductions, les pratiques culturelles, le vécu différent dans le pays d'origine, etc. Néanmoins, la création des associations africaines de lutte contre s'est généralement faite suite à une sollicitation des pouvoirs publics ou un encouragement des associations traditionnelles de lutte contre le sida.

Arrivés et installés pour la plupart en situation irrégulière, certains étrangers malades purent bénéficier d'abord d'une régularisation en raison de leur corps souffrant, avant de pouvoir créer leurs propres associations. Ils deviennent ainsi, face à la demande des pouvoirs publics, de partenaires privilégiés, experts compétents, dans la lutte contre le sida. Grâce à des activités non politiques, ils réussissent ainsi à s'intégrer à la communauté politique bénéficiant de subventions publiques, recrutant du personnel, participant à la mise en place des programmes locaux ou nationaux de lutte contre le sida et à être invités comme experts dans les groupes de travail sur le sida. La maladie facilitant ainsi par ce biais, leur intégration dans la société française.

Bernadette est originaire du Rwanda. En 1990, elle entre en France avec son mari et après quelques mois, elle s'engage auprès de l'association de lutte contre le sida Sol en si. Ayant vécu le génocide rwandais en France, elle décide de s'installer définitivement à Saint Denis. En 1997, elle crée l'association Ikambere pour accueillir les femmes migrantes atteintes par le VIH/sida. Avec l'aide des autorités de lutte contre le sida, Ikambere est devenu un centre de ressources dans des domaines divers comme la formation professionnelle des femmes vivant avec le VIH, la prévention, l'aide à l'emploi et au logement ou l'accompagnement moral des femmes atteintes par le VIH/sida. Bernadette est régulièrement consultée sur les problématiques concernant les étrangers vivant avec le VIH/sida. En 2003-2004, elle participe à la mise en place du programme national de lutte contre le sida en direction des migrants et est sollicitée par l'Institut national de Prévention du sida pour la mise en place de programmes de prévention ciblées. En 2005, le Conseil National du sida choisit les associations Ikambere et Act Up pour organiser des actions autour du VIH pendant le mois de septembre 2005 dans le cadre de l'année « Sida, grande cause Nationale ». Devenu un acteur incontournable, Ikambere reçoit chaque année plus de 600 femmes originaires de 27 pays. En 2008, l'association employait 19 personnes. Le 11 juin 2008, Bernadette reçoit la médaille de l'Ordre national du Mérite, des mains du préfet de la Seine-Saint-Denis du fait de son action dans la lutte contre le sida.

Les politiques de lutte contre le sida contribuent ainsi à renforcer les ressources politiques des étrangers en France. D'une situation irrégulière et sous le coup d'une expulsion, certains étrangers malades du sida sont

devenus des personnalités incontournables dans la politique publique de lutte contre le sida en France.

Les effets des politiques de lutte contre l'immigration sur les parcours des étrangers malades

Si, grâce aux politiques sociales dont ils bénéficient, les étrangers atteints par le VIH/sida ont plus de ressources pour s'intégrer, à l'inverse, les politiques de lutte contre l'immigration affectent directement l'effectivité ces acquis : leurs droits aux soins, au séjour et aux autres prestations sociales dont ils peuvent bénéficier en tant que malades.

Dans le domaine de l'accès aux soins, les étrangers vivant en France ont légalement droit à une Aide médicale d'Etat ou une couverture maladie dès lors qu'ils résident en France depuis plus de trois mois. Cependant selon Médecins du Monde 3,8% d'étrangers continuent de recourir aux services de MDM alors qu'ils sont en France depuis plus de dix ans. Seuls 7,2% des étrangers en situation irrégulière font valoir leur droit à l'AME alors qu'ils remplissent les conditions fixées par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 et la Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale d'Etat⁶. Les principaux obstacles à l'accès aux soins dans le système général des usagers de Médecins du Monde constitués à près de 90% d'étrangers sont : la méconnaissance des droits (15,6%) et des lieux de soins (15,2%), le coût des traitements (13,4%), les difficultés administratives (13,2%), la peur d'une dénonciation (11,7%), la peur de la discrimination (7,2), les barrières linguistiques (11,1%) et culturelles (3,9), etc.

En raison de son succès, les dépenses de l'AME représentent un coût financier important qui poussent les pouvoirs publics à s'engager dans sa réforme à défaut de son abrogation. Dans cette perspective, le non recours que peut connaître ce dispositif n'est pas considéré comme un problème à résoudre ; au contraire, il s'inscrit dans la politique menée à l'égard de l'Aide médicale d'Etat (Math, 2003). Ce dispositif a été institué grâce à la mobilisation des associations de défense des étrangers et pour respecter les accords internationaux signés par la France. Cependant, en tant que tel, il va à l'encontre des objectifs de réduction des dépenses de santé. Les politiques d'immigration restrictives contribuent également à réduire le non recours à ce dispositif. Dans une circulaire du ministre de l'Intérieur du 21 février 2006 sur l'interpellation des étrangers en situation irrégulière, celle-ci donne "libre accès" aux forces de l'ordre d'interpeller les étrangers irréguliers, jusque dans les « établissements ouverts au public tels qu'un hôpital ou un centre de d'accueil pour toxicomanes ».

⁶ Le réseau AVEROES vise la mise en place dans les Etats membres de normes juridiques communautaires contraignantes sur l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière et la protection des étrangers gravement malades contre l'expulsion. Son objectif est de créer un réseau européen couvrant 19 Etats membres afin de développer un plaidoyer et d'avoir une reconnaissance au sein des institutions de l'Union européenne.

A cause des objectifs affichés de reconduites à la frontière, les étrangers en situation irrégulière ont peur de recourir à leurs droits. Ce phénomène de non recours forcé peut avoir des conséquences importantes en termes de santé individuelle et de santé publique. Les étrangers désirant déposer une demande d'AME sollicitent souvent les membres des associations de soutien aux étrangers malades pour les accompagner en vue d'anticiper sur les refus de dépôts et sur les contrôles policiers. Les enregistrements de demandes sont plus systématiques lorsqu'ils sont accompagnés que lorsque les demandeurs se présentent seuls devant les guichets des Caisses primaires d'assurance maladie.

En matière de prise en charge, les étrangers malades du sida bénéficient dans le cadre des Affections longue durée (ALD) de la prise en charge totale et gratuite. En outre, l'article 313-11, 11° de la loi CESEDA permet à ceux qui disposent d'une carte de séjour pour raison médicale d'avoir une couverture maladie universelle si leurs revenus sont inférieurs au seuil de 550 euros par mois. Malgré un dispositif plutôt complet, l'accès aux soins des étrangers malades du sida n'est pas toujours effectif. Le contexte de lutte contre l'immigration et les discours politiques sur « l'appel d'air » et le coût de leur prise en charge influent directement sur la mise en œuvre. Les pratiques administratives peuvent ainsi rendre laborieux l'accès aux soins ou aux autres prestations sociales. Certaines préfectures refusent de délivrer une carte de séjour ou de résident aux étrangers malades et ne leur accorde que de simples autorisations provisoires de séjour. D'autres pratiquent des reconduites à la frontière même de malades du sida.

Irène est de nationalité togolaise vivant avec le VIH/sida et usager de l'association Aides. Elle témoigne à propos des difficultés administratives :
« Quand tu vas demander un emploi, à la vue de l'Autorisation provisoire de séjour, les employeurs refusent. Ils privilégient celles et ceux qui ont la carte de 10 ans ou les papiers français. En plus, la carte de un an ils nous la donnent tellement tardivement qu'elle devient une carte de neuf mois puisque trois mois avant il faut la renouveler. Ça entraîne des problèmes avec la CAF ».

Les problèmes d'accès à une carte de séjour sont prioritaires pour les étrangers malades. Elles déterminent tous les autres droits notamment le droit au travail. Ceux qui n'en bénéficient pas ne peuvent ni choisir un emploi adapté à leur état de santé, ni refuser du travail au noir. Sako est de nationalité ivoirienne, il rend compte de cette situation :

« Nous ne voulons pas de contrats précaires. Nous voulons travailler et avoir des employeurs. Nous voulons pouvoir bénéficier de contrats de longue durée qui soient vraiment adaptés à nos possibilités physiques. C'est-à-dire des postes qui ne vont pas nous esquinter physiquement et moralement. Certains sont sur des postes où on les exploite d'une manière ou d'une autre. Ils travaillent à des heures impossibles, ils dépassent même les heures et ils ne sont pas bien payés. Il faudrait examiner ce problème parce que cette situation nous préoccupe vraiment. Sans oublier le fait qu'il y a encore des assistantes sociales qui incitent les gens à aller travailler au noir ».

Le pouvoir discrétionnaire du préfet en matière de séjour des étrangers en France lui donne un poids important. L'institutionnalisation de

l'inexpulsabilité des étrangers gravement malades dès 1997 n'empêche pas certaines préfectures de reconduire à la frontière des étrangers malades du sida.

En 2007, quinze étrangers en situation irrégulière et séropositives au VIH ou/et au VHC se sont retrouvées au centre de rétention administrative. Six d'entre elles ont été expulsés vers des pays où leur accès aux soins n'était manifestement pas assuré⁷. L'Observatoire pour le droit à la santé des étrangers (ODSE) veille au respect de la législation sur le droit au séjour des étrangers malades⁸. Il réussit à éviter plusieurs expulsions grâce à son expertise dans ce domaine. Cependant, il ne peut surveiller l'ensemble des cas d'étrangers malades qui vivent sous le risque d'une expulsion. Malgré l'institutionnalisation des parcours des étrangers par une forte inflation législative, les pratiques administratives et le pouvoir discrétionnaire du préfet en matière de séjour des étrangers contribuent à destandardiser les parcours des étrangers. Ces parcours peuvent être aussi différents et multiples que le nombre de préfectures en France.

Conclusion

Au niveau théorique, l'approche par les parcours de vie permet de mieux de prendre la vie humaine dans son environnement réel et son développement comme une totalité. Elle permet également de mieux voir les liens entre individus et société et le rôle de l'Etat dans le gouvernement des corps ; les politiques publiques façonnant les parcours de vie des individus. Les étrangers atteints de pathologies graves comme le sida ne font pas exception à cette règle. Cette étude a montré que, d'abord invisibles et illégitimes selon la logique de lutte contre l'immigration, les étrangers malades en situation irrégulière bénéficient grâce à la politique de santé publique et à l'humanitaire d'Etat, d'une reconnaissance politique par leurs corps souffrant. Cette institutionnalisation de l'humanitaire à travers le droit au séjour pour soins entraîne son surinvestissement par des étrangers malades désirant améliorer leur situation de vie en France. Cette forme de reconnaissance détermine leur parcours de vie et de mort d'étrangers malades en France. Cependant, si ce dispositif devrait conduire à une standardisation des parcours de vie des étrangers malades en France, les différences dans les pratiques administratives en matière de séjour et d'accès aux soins des étrangers et les objectifs de reconduites à la frontière entraînent la variabilité et la multiplicité des situations. Les parcours de vie deviennent des parcours du combattant, où l'étranger malade doit faire le choix entre exposer son corps gravement menacé pour disposer d'une carte de séjour et bénéficier de soins, ou rester en situation irrégulière et risquer d'être reconduit dans un pays dépourvu de traitements où son parcours de vie deviendra un parcours de la mort.

Bibliographie

⁷ *Le Journal du sida*, 2008, « Droit au séjour pour raisons médicales », 1^{er} février

⁸ www.odse.eu.org

- BUTON François, 2005, « Sida et politique : saisir les formes de la lutte », *Revue française de science politique*, vol. 55, n°5-6, octobre 2005, p.787-810.
- CAVALLI Stefano, 2007, « Modèle de parcours de vie et individualisation. Un état du débat », *Gérontologie et société*, n° 123 décembre 2007, pp. 55-69.
- CHEVALLIER Evelyne, 2006, *La Go+, dix années de séropositivité d'une africaine*. Paris, l'Harmattan. 284 p.
- DEFERT Daniel, 1994, « Un malade du sida peut-il être un réformateur social », *Esprit*, juillet, pp. 100-111.
- DODIER Nicolas, 2003, *Leçons politiques de l'épidémie du sida*. Coll. [Cas de figure]. Paris : EHESS. 359 p.
- FASSIN Didier, 2005, "L'altérité de l'épidémie. Les politiques du sida à l'épreuve de l'immigration". *Revue Européenne des Migrations Internationales*, Volume 17, numéro 2, p. 139-151.
- FASSIN Didier, 2007 La biopolitique n'est pas la politique de la vie », *Sociologie et sociétés* vol. 33, n°2, pp. 35-48.
- FOUCAULT Michel, 1976, *Histoire de la sexualité, Tome I, La volonté de savoir*. Paris : Gallimard. 211 p.
- GUIRAUDON Virginie, 2006, « L'intégration des immigrés ou la politique de l'esquive. Réformer sans changer de modèle ? », in *La France en mutation 1980-2005*, Bruno Palier, Les presses de Sciences po, juin 2006, pp. 271-295.
- LAGROYE Jacques, sociologie politique ; la participation politique. Presses de Sciences po. Paris : 5ème édition, 2006.
- LASCOUMES Pierre, 2003, « L'utilisateur, acteur fictif ou vecteur de changement dans la politique de santé ? », *Sève*, hiver 2003, pp. 59-70
- MANUEL Catherine, Examen de la politique française à travers sa législation. In Manuel C., San Marco J. L., 1994, *Sida, les enjeux éthiques*. Paris : Doin éditeurs. pp. 187-199
- MATH Antoine, 2003, « Comment est abordée la question du non recours aux prestations sociales en France ? L'émergence de la question et la position des décideurs politiques ». *Communication pour la rencontre « études et recherches » sur « Le non recours ou pourquoi certains ne font pas valoir leurs droits ? »* organisée par la Mission d'Information sur la Pauvreté et l'Exclusion Sociale en Ile-de-France (MIPES), Paris, 20 juin 2003.
- MAYER Karl, SCOEFLIN Urs, 1989, "The State and the life course", *Annual review of sociology*, vol. 15, pp. 187-209.
- MORDELET Patrick, 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*. Rennes : ENSP. 367 p.
- MOUCHARD Danièle, 2002, « Les mobilisations des « sans » dans la France contemporaine : l'émergence d'un « radicalisme autolimité », *Revue française de science politique*, vol. 52, n° 4, août, pp. 425-447.
- PAICHELER Geneviève, 2002, *Prévention du sida et agenda politique. Les campagnes en direction du grand public, 1987-1996*. Paris : CNRS. 284 p.

PARIZOT Isabelle, 2005, « Recours aux soins et création du lien social », in P. Chauvin, I. Parizot (Dir.), 2005, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Coll. [Questions en santé publique]. Paris : INSERM, Délégation interministérielle de la ville, pp. 72-82.

SARAT Austin, SCHEINGOLD Stuart, 2001, *Cause lawyering and the State in a global area*. Oxford : Oxford University Press. 417 p.

SAYAD Abdelmalek, 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris : Seuil. 437 p.

STEFFEN Monika, 2001, *Les États face au sida en Europe*. Grenoble: PUG. 263 p.

THOMSIN Laurence, 2005, Trajectoire résidentielle et cycles de vie

TICKTIN Miriam, 2006, Where ethics and politics meet: the violence of humanitarianism in France », *American ethnologist*, vol. 33, n° 1, pp. 33-49

VALIN N., LOT F., LARSEN C. et al., 2002, *Parcours socio médical des personnes originaires d'Afrique Sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans hôpitaux d'Ile-de-France*. Département des maladies infectieuses. Saint Maurice : INVS. 55 p.

WEIL Patrick, 2004, *La France et ses étrangers. L'aventure d'une politique de l'immigration de 1938 à nos jours*. Paris : Gallimard. 574 p.