

Migrations et pandémie VIH

vues de France

17

Migrants, étrangers, immigrés, minorités, précaires... De quelque manière qu'on les nomme, ces personnes, originaires le plus souvent d'Afrique, constituent une partie croissante des nouveaux cas d'infection à VIH diagnostiqués et pris en charge en Europe. Une part qui traduit plus la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine qu'une réelle géostratégie des flux migratoires.

C'est à ce thème, émergent dans l'épidémiologie de l'infection à VIH en Europe, que *Transcriptases* consacre un important dossier. L'occasion d'aborder la question de façon politique, scientifique, sociale et anthropologique. Comme le sujet le nécessite.

Certains diront qu'il est bien tard, 22 ans après l'identification des premiers cas africains de sida en France, et 13 ans après la parution du premier numéro de *Transcriptases*.

D'autres trouveront dans ce dossier les éléments d'une réflexion qui intègre, nécessairement, le bouleversement des migrations, l'évolution épidémiologique des pays d'où sont originaires les migrants, les conditions concrètes – notamment de grande précarité – dans lesquelles s'efforcent de vivre les personnes infectées migrantes, la spécificité des campagnes de prévention, la particularité de certains itinéraires thérapeutiques, etc.

L'occasion, enfin, de revenir sur quelques appellations ou poncifs dont chacun appréciera la portée discriminante : la « migration thérapeutique », la « transmission hétérosexuelle » comme métaphore euphémisée des malades étrangers, le « tout culturaliste » comme obstacle à la compréhension des conditions sociales, économiques et juridiques des personnes atteintes migrantes, et plus prosaïquement le « sida africain » comme entité épidémioclinique indéfectible. C'est dire si *Transcriptases* se devra de revenir sur ce thème.

« *L'immigration est depuis 20 ans le point aveugle des politiques françaises de lutte contre le sida, comme, du reste, des programmes scientifiques sur le sida* » : cette introduction de Didier Fassin (lire page 18) pourrait tout aussi bien être celle de ce dossier. Bonne lecture.

« L'immigration n'est plus ce qu'elle était »

Didier Fassin
Université Paris Nord, Ehess, Cresp
(Paris)

18

L'immigration est depuis vingt ans le point aveugle des politiques françaises de lutte contre le sida, comme, du reste, des programmes scientifiques sur le sida. Une telle affirmation ne revient pas à dire que rien n'ait été fait en termes d'action et de recherche. Des projets d'information, de prévention et de soins ont été réalisés, mais généralement à la marge du système de santé et sans perspective cohérente, souvent sur la base de présupposés non empiriquement fondés à l'égard de populations mal connues, et volontiers dans le cadre d'opérations spécifiques dérogeant aux principes universalistes affichés. Des études monographiques ont été conduites sur l'expérience de tel centre de soins ou de telle association communautaire, mais peu de travaux scientifiques ont été engagés, alors que ce fut le cas pour d'autres catégories dites à risque. En cela, du reste, le domaine du sida ne fait pas exception et un constat presque similaire pourrait être formulé à propos de l'ensemble des actions et des recherches conduites dans la même période autour de l'immigration.

Dans le cas du sida, ces phénomènes d'apparent désintérêt social sont évidemment accentués, comme ils l'ont été ailleurs, par le caractère de la maladie, les peurs qu'elle a suscitées et les images qui l'entourent. La discrétion des pouvoirs publics elle-même y trouve des justifications. S'il a fallu attendre la fin de la deuxième décennie de l'épidémie pour publier les premiers chiffres, au demeurant aussi inquiétants en termes d'incidence de l'infection que de difficultés d'accès au dépistage et au traitement, c'est que l'on ne voulait pas stigmatiser les populations étrangères, toujours suspectes d'importer les épidémies : cette

crainte n'est pas fictive et il suffit pour s'en convaincre de constater comment certaines sociétés ont dû faire face à des vagues de xénophobie autour du sida et comment certains pays ont mis en place des dispositifs de sélection en imposant des tests sérologiques aux frontières. En France, le contexte politique de progression électorale rapide de l'extrême-droite grâce à une instrumentalisation du thème de l'immigration se prêtait particulièrement à des dérives racistes que les premières années de l'épidémie n'ont pas évitées.

À ces justifications données par les acteurs eux-mêmes, il faut ajouter deux explications sociologiques de nature plus structurelle. La première tient à l'ambiguïté de la politique française en matière d'immigration, prise, d'une part, entre des principes d'égalité républicaine affirmés et des réalités de discrimination raciale occultées, et, d'autre part, entre un souci d'intégration à travers des valeurs réputées universelles, et une tentation culturaliste affleurant dès qu'il s'agit de l'Afrique : cette ambiguïté n'est intelligible qu'à la lumière de l'histoire coloniale de la France. La seconde concerne la structuration du champ associatif autour du sida et de l'immigration : à la différence de ce qui s'est passé pour les homosexuels et les hémophiles qui ont pu défendre dans l'espace public leurs droits et leurs attentes, les immigrés se sachant peu légitimes n'ont guère été en mesure de faire valoir les leurs, ce qui n'est pas sans rappeler la situation des usagers de drogue par voie intraveineuse.

On ne voulait pas stigmatiser les populations étrangères, toujours suspectes d'importer les épidémies : cette crainte n'est pas fictive.

Quelles qu'en soient les justifications, d'une part, et les explications, d'autre part, les difficultés à aborder cette question rendent compte des problèmes qui se posent aujourd'hui en termes de connaissance, tant épidémiologique qu'anthropologique, et en termes de prise en charge de l'épidémie, dans le cadre de la prévention et des soins. Depuis quelques années cependant, les choses se sont lentement mises

Les conditions concrètes d'accès à un dépistage ou à un traitement sont étroitement liées aux politiques en matière d'immigration et aux représentations que les étrangers en ont.

à changer. Le ministère de la Santé, tout comme les associations de lutte contre le sida, ont commencé à affronter cette réalité longtemps méconnue. L'Agence nationale de recherche sur le sida en a fait l'une de ses priorités scientifiques et s'efforce de susciter des vocations parmi les chercheurs. C'est dans ce

nouveau paysage qu'il faut penser les enjeux du sida par rapport à l'immigration.

Dans l'intervalle, toutefois, la situation objective a évolué. La progression de l'infection est depuis dix ans plus rapide pour la transmission hétérosexuelle – qui, de fait, a longtemps été la manière indirecte et euphémisée de nommer les malades étrangers – que pour n'importe quel autre mode de contamination. Désormais, parmi les nouveaux cas, les immigrés, essentiellement en provenance du continent africain – appréhendés généralement à partir de leur nationalité plutôt que par leur pays de naissance – sont devenus les plus nombreux. Par ailleurs, plusieurs enquêtes ont montré qu'ils étaient aussi les plus tardivement reconnus et les moins activement traités – situation que, le cas échéant, leur absence de statut juridique

Être sans-papiers ou sans-ressources s'avère souvent bien plus opératoire dans les régimes explicatifs que d'être peul ou lari, musulman ou animiste.

tend encore à accentuer. Dans ces conditions, il devient plus impérieux que jamais de mettre en œuvre des outils pour penser et pour agir. Ce qui suppose de tirer quelques leçons de l'expérience acquise au cours des vingt dernières années.

Premier principe : les enjeux du sida en rapport avec l'immigration doivent être appréhendés dans une double relation à la situation du sida dans les pays d'origine, d'une part, et à la politique de l'immigration du pays d'accueil, d'autre part. Ce principe s'oppose aux lectures communes qui essentialisent ce qu'on a sou-

vent appelé un « sida africain ». D'un côté, en effet, si l'on considère que dans nombre de pays d'Afrique centrale ou australe, les taux de séroprévalence atteignent un dixième à un quart de la population adulte, le fait qu'un immigré originaire de l'un de ces pays soit infecté par le virus du sida est simplement le résultat statistique de cette probabilité élevée ; il faut donc pouvoir penser qu'il n'y a pas nécessairement un lien de causalité entre la maladie et la présence en France (il est venu parce qu'il était malade), mais plus souvent un lien d'association (il est venu, par exemple, comme demandeur d'asile ou pour chercher du travail, et il est par ailleurs malade). D'un autre côté, les conditions concrètes d'existence de la personne infectée et d'accès pour elle à un dépistage ou à un traitement sont étroitement liées aux politiques en matière d'immigration et aux représentations que les étrangers en ont ; plus elles seront contraignantes et plus les pratiques de recours aux soins seront difficiles et imprévisibles (non par quelque singularité exotique, mais par simple conséquence logique des menaces perçues).

Deuxième principe : les conduites des immigrés, notamment africains, en termes de prise de risque, de comportements préventifs, d'itinéraires thérapeutiques, et plus généralement de rapport à la maladie et à la société, doivent être interprétées en fonction de leur expérience concrète et quotidienne du monde. Ce principe s'oppose aux approches culturalistes qui mettent systématiquement en avant les différences culturelles pour rendre compte de ce que l'on a du mal à comprendre chez les autres, ou tout au moins chez celles et ceux que l'on perçoit comme tels. Bien entendu, les ethnologues savent bien que ces différences existent, mais ils savent aussi qu'elles sont largement surinterprétées, au détriment de faits sinon universels, du moins banals (bien souvent, une femme africaine réagit à une situation de façon qui n'est pas très éloignée de ce que ferait une femme française dans les mêmes circonstances) et liés à des conditions sociales, économiques, juridiques et politiques (être sans-papiers ou sans-ressources s'avère souvent bien plus opératoire dans les régimes explicatifs que d'être peul ou lari, musulman ou ani-

miste). Penser de cette façon ne présente pas seulement un intérêt scientifique, c'est aussi une nécessité politique, du point de vue de l'efficacité des programmes de prévention ou de soins et du point de vue de la simple justice, à rebours des préjugés qui ont fait des malades du sida les responsables directs (par leur conduite) ou indirects (par leur culture) d'une réalité qu'ils subissent en raison de leurs conditions d'existence. Un peu de matérialisme, ici, ne serait pas du luxe.

20

Troisième principe : les enjeux actuels de l'immigration, en l'occurrence leur lien avec le sida, doivent être repensés à la lumière des transformations intervenues au cours du dernier quart de siècle. Ce principe s'oppose à la vision naturaliste qui, dans le champ de la médecine, a longtemps servi à décrire ce qu'on appelait la santé des migrants en termes de vecteurs et de récepteurs, d'importation et d'adaptation et qui, malgré elle, ne faisait que reproduire les catégories spontanées par lesquelles on représentait des mouvements parallèles de populations et de pathologies. Si l'on considère que les immigrations de travail, puis de peuplement se sont progressivement éteintes depuis le milieu des années soixante-dix, ce sont désormais deux nouvelles réalités auxquelles on a affaire. D'une part, la persistance de flux migratoires n'est possible qu'en empruntant des canaux nouveaux, caractérisés par la mise en place de stratégies complexes, l'organisation de filières coûteuses, une prise de risque élevée et une fréquente irrégularité du séjour : ce sont là les modalités actuelles d'un transnationalisme précaire qui n'ont plus guère à voir avec les formes de l'immigration de naguère. D'autre part, le tarissement des flux autorisés s'est accompagné d'une stabilisation des populations étrangères sur le territoire français, pour l'essentiel aux marges de la société, dans des quartiers de relégation plutôt que dans les foyers de travailleurs, posant à la génération suivante, celle de Français nés en France pour la plupart, des problèmes relativement inédits liés à cette marginalisation : à la question de l'immigration s'est substituée la question des discriminations raciales, pour celles et ceux qui ne sont pas immigrés mais continuent d'être vus à travers cette catégorie, éventuellement reformulée sous l'expression de

jeunes issus de l'immigration. Il faut donc un autre vocabulaire et d'autres images pour saisir des phénomènes que le terme même d'immigration risque de rendre opaques.

▮ Ces trois principes dessinent des pistes pour réfléchir sur les meilleurs moyens d'agir dans la prévention du sida et la prise en charge des malades. Il faut être prêt à remettre en cause des évidences démenties par les faits, et repartir de ce que vivent les personnes pour construire des recherches et mener des programmes. Un exemple : la précarité sociale et juridique des nouvelles pratiques transnationales, de même que la vie quotidienne des cités, doivent être prises en compte jusque dans leurs diverses conséquences : ainsi ne faudrait-il pas oublier les questions que pose de plus en plus le sida dans les prisons, à un moment où les politiques répressives contre les étrangers en situation irrégulière et les jeunes des quartiers difficiles se manifestent par des niveaux jamais atteints d'incarcération.

Vingt-deux ans après l'identification des premiers cas africains de sida en France, on se prend à espérer que ces principes élémentaires puissent commencer à être entendus ; que l'on construise des politiques à partir d'une connaissance des réalités plutôt que sur des présupposés et parfois des préjugés ; que le système d'information épidémiologique ne soit pas conçu simplement comme un outil d'enregistrement statistique neutre mais fasse l'objet d'une réflexion interdisciplinaire visant à le rendre mieux apte à saisir la complexité des faits ; que les enquêtes conduites par les institutions chargées de mener les actions d'information et de prévention ne soient pas ciblées sur les seules populations considérées comme exposées, au risque de les stigmatiser davantage et de rendre ultérieurement les programmes encore plus délicats à mener. Devenant de plus en plus centrale dans les préoccupations de celles et ceux qui font les politiques de santé publique, la question de l'immigration doit être repensée, non seulement parce qu'elle n'est plus ce qu'elle était, mais aussi parce qu'elle n'a jamais été tout à fait ce que nous croyions qu'elle était.

- Didier Fassin

Il faut donc un autre vocabulaire et d'autres images pour saisir des phénomènes que le terme même d'immigration risque de rendre opaques.

Les constats et les recommandations de la Conférence de Dakar

La Conférence internationale de prise en charge communautaire et à domicile des personnes vivant avec le VIH/sida qui s'est tenue à Dakar en décembre 2003 a permis d'élaborer, au cours d'un symposium, un ensemble de constats et de recommandations concernant les interactions entre migration et infection à VIH.

Trois constats ont été établis :

- L'accès aux soins et l'accès à la prévention sont inexistantes pour les populations migrantes et mobiles dans la plupart des pays, et se détériorent dans les rares pays où cet accès est possible. En France, la suppression en cours de l'unique dispositif permettant la prise en charge sanitaire et sociale des personnes en situation administrative irrégulière (aide médicale État) en témoigne.

- Selon une étude récente portant sur 104 pays, 90 demandent un test VIH dans le cadre du droit de résidence. La séropositivité des personnes est un motif de refoulement pour 24 de ces pays, qui est appliqué principalement en fonction du pays d'origine et du statut socio-économique des personnes concernées.

- Exiger la connaissance du statut sérologique des personnes migrantes et mobiles n'est d'aucune utilité en terme de santé publique. Cette exigence majeure la discrimination et la stigmatisation des personnes, et peut contribuer à l'extension de la pandémie.

De ces trois constats découlent trois recommandations :

- Les institutions locales et internationales qui coopèrent avec les pays à ressources limitées doivent impérativement préciser les limites de leurs actions. À ce jour l'accès à la prise en charge sanitaire et sociale n'est en aucun cas garantie pour tous dans ces pays.

- Aucun État ne peut donc expulser une personne au motif d'un accès possible aux soins, y compris aux ARV, dans son pays d'origine ; et il doit assurer par solidarité, la prise en charge des personnes résidant sur son territoire.

- Le dépistage doit rester volontaire et du domaine privé.

L'avis du Conseil national du sida sur le droit au séjour pour soins des étrangers

Le Conseil national du sida (CNS) a adopté à Paris, le 26 février 2004, une « note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers ». Le CNS a réfléchi non seulement aux modes de fonctionnement éventuels des commissions régionales créées par la loi du 26 novembre 2003, mais également à l'ensemble du processus d'évaluation des demandes de titres de séjour pour raisons médicales.

- À la suite de cette réflexion, le CNS rappelle que du point de vue de la santé publique, le principe de l'accès aux soins du plus grand nombre s'impose. En effet, le rapport coût-bénéfice est de longue date établi en faveur d'une prise en charge précoce qui évite des complications ultérieures, souvent coûteuses, et bénéficie directement au patient.

- En ce sens, le CNS demande une application pleine et entière de la réglementation existante en matière de droit au séjour pour les étrangers nécessitant des soins qu'ils ne peuvent recevoir dans leur pays d'origine.

Les commissions médicales régionales ne doivent pas limiter l'application de ce droit, mais au contraire l'améliorer en fonctionnant comme des commissions d'experts indépendants. Dès lors, leur mise en œuvre ne doit pas se traduire par un rallongement des délais d'instruction des dossiers. Par ailleurs, les médecins inspecteurs de santé publique qui évaluent les demandes doivent pouvoir se référer à des recommandations nationales, élaborées à partir des avis rendus par ces commissions régionales, afin d'harmoniser leurs décisions.

- D'autre part, le CNS rappelle qu'on ne peut refuser de prendre en charge un patient n'ayant pas de titre de séjour sans lui offrir une voie alternative d'accès aux soins. La prise en charge de la santé des migrants en France pose donc non seulement la question de la législation applicable sur le territoire national, mais aussi celle des soins réellement accessibles aux migrants dans leurs pays d'origine.

État des lieux de l'épidémie VIH chez les migrants en Europe

22

*France Lert
Inserm USS (Saint-Maurice)*

L'infection VIH illustre à la fois l'interpénétration et la frontière entre les sociétés du Nord et du Sud. Quelle que soit la façon dont on les nomme, étrangers, migrants ou minorités – d'Afrique pour l'essentiel – forment une partie croissante des nouveaux cas diagnostiqués et pris en charge en Europe. La France, avec son passé colonial, ne fait donc pas exception.

Une part croissante des nouveaux cas d'infection

Dans les 11 pays qui ont mis en place depuis plusieurs années la déclaration des nouveaux diagnostics d'infection, les personnes originaires d'un pays d'épidémie généralisée (dans lequel la prévalence est supérieure à 1 % chez les femmes enceintes) représentent plus de la moitié des nouveaux cas de transmission hétérosexuelle et, depuis 2002, sont plus nombreux que les cas masculins liés à la transmission homosexuelle (graphique 1). Pour le moment, la France, l'Espagne et l'Italie sont encore absentes de cette statistique européenne.

On observe une grande variabilité de cette proportion entre les pays, liée à la dynamique et à la structure propres de leur épidémie : ainsi, les personnes originaires d'un pays d'épidémie généralisée représentent plus des trois quarts des nouveaux cas hétérosexuels au Royaume-Uni et en Irlande, et plus de la moitié en Belgique, Norvège, Finlande et Suède. Le Portugal est le seul des autres pays européens

à se situer sous la barre des 25 % (graphique 2). En France, les premières données recueillies vont dans le même sens : parmi les 510 premières déclarations de séropositivité à l'InVS en 2003, 57 % des nouveaux diagnostics de cas hétérosexuels concernent des ressortissants d'un pays d'Afrique subsaharienne.

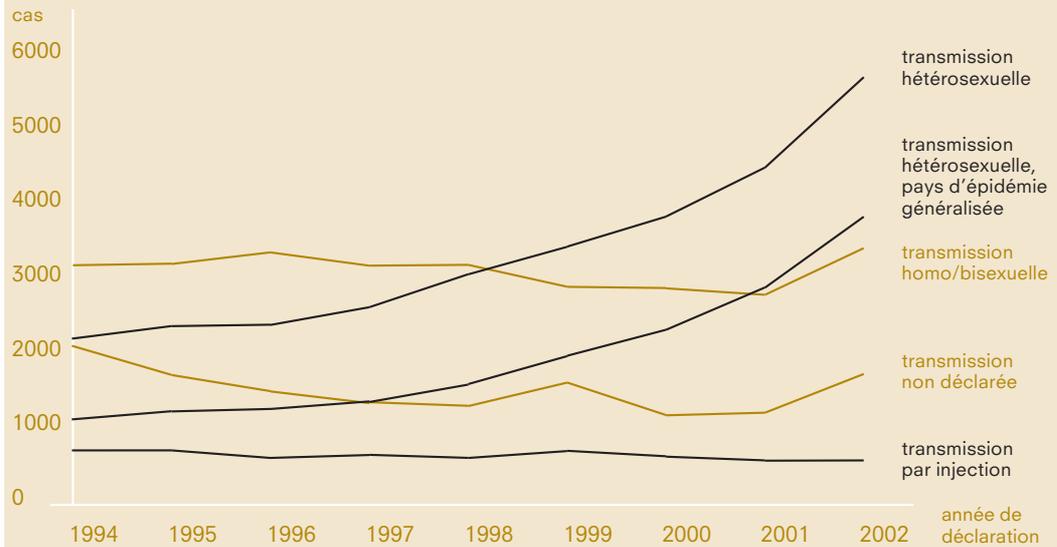
Si, partout, cette part est croissante, elle est marquée cependant par une certaine imprécision en raison des définitions utilisées dans la déclaration obligatoire¹. En effet, on retrouve ici les difficultés classiques à décrire les migrants et les minorités ethniques, fonction des traditions politiques et des conditions d'accès à la citoyenneté : nationalité, pays de naissance, ethnicité, statuts d'immigré (réfugié, immigrant légal, etc.), date d'arrivée, etc. L'intérêt de disposer de données liant maladie et ethnicité se heurte toujours au dilemme entre la nécessité de savoir pour agir mieux et le risque de nourrir le racisme et les discriminations.

Cette part croissante des migrants dans l'épidémiologie de l'infection VIH en Europe traduit principalement la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine, comme le montrent les données britanniques, qui enregistrent le pays dans lequel le patient déclare avoir acquis l'infection². Elle traduit aussi l'augmentation des flux migratoires en provenance d'Afrique liés

La part croissante des migrants dans l'épidémiologie de l'infection VIH en Europe traduit principalement la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine.

1 - Del Amo J, Hamers F, Infuso A et al.
« HIV/AIDS in migrants and ethnic minorities in Europe »
In press
Del Amo J, Broring G, Fenton K
« HIV Health experiences among migrant Africans in Europe : how are we doing? »
AIDS, 2003, 17, 2261-3

2 - Sinka K, Mortimer J, Evans B, Morgan D
« Impact of the HIV epidemic in Sub-Saharan Africa on the pattern in the UK »
AIDS, 2003, 17, 1683-90

Infections par le VIH nouvellement diagnostiquées par groupe de transmission, 1994-2002, Europe de l'Ouest*

* Allemagne, Belgique, Danemark, Finlande, Grèce, Islande, Luxembourg, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni
mise à jour au 30 juin 2003
ref : UNAIDS/EuroHIV

3 - Lot F, Larsen C, Valin N et al. « Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d'Ile de France, 2002 » BEH, 2004, 5

4 - Mayaux MJ, Teglas JP, Blanche S « Characteristics of HIV-infected women who do not receive preventive antiretroviral therapy in the French perinatal cohort » J Acquir Immune Defic Syndr, 2003, 34(3), 338-43

aux événements politiques et à la situation économique : c'est le cas notamment en France³. La part des personnes venues chercher un traitement inaccessible dans leur pays serait très minoritaire, même si les cas de malades arrivant directement de l'aéroport à la consultation marquent les esprits. Si on observe une ancienneté relativement courte d'immigration parmi les cas nouvellement diagnostiqués, c'est donc en grande partie lié à l'augmentation des flux migratoires.

Définir des stratégies de prévention

Il serait nécessaire de comprendre les contextes et les conditions de la transmission au sein des communautés installées – au sein des couples, à l'occasion des retours au pays des migrants installés, entre partenaires de rencontre, par le biais de la prostitution, etc. Mais on ne dispose nulle part à ce jour de ces données, pourtant indispensables pour la définition de stratégies de prévention pertinentes.

Au diagnostic, les Africains sont nettement plus jeunes qu'en Europe, ce qui atteste d'un modèle d'épidémie généralisée dans lequel les infections sont précoces. C'est ce qui peut aussi expliquer la proportion plus importante

des femmes retrouvées dans toutes les données sur les patients, mais aussi, au Royaume-Uni, dans un dépistage non corrélé auprès de consultants de 7 dispensaires antivénériens à Londres en 1999-2000 : 1 femme sur 16 et 1 homme sur 33 étaient infectés par le VIH². Les sociétés européennes seraient-elles capables de créer les conditions d'une prévention efficace dans les minorités à prévalence élevée ? Nul ne le sait pour le moment, sauf pour la transmission mère-enfant. En effet, la conjugaison du diagnostic prénatal systématique et du traitement préventif bénéficie aux mères migrantes et à leurs enfants. Aujourd'hui, selon l'enquête périnatale française, les femmes migrantes sont traitées aussi souvent et avec les mêmes traitements que les autres femmes. De même, les femmes d'origine africaine ne sont pas surreprésentées parmi les femmes non traitées avant l'accouchement⁴.

L'accès aux soins

En dépit de toutes les barrières – culturelles, juridiques, financières – à leur accès aux soins, ces malades bénéficient-ils des thérapeutiques efficaces ? Les données indiquent que oui, et ce malgré leur dépistage tardif observé partout : ce dépistage retardé reflète d'une part

une tendance générale chez les hétérosexuels, qui ne s'identifient pas à un groupe exposé et sont diagnostiqués lors de maladies opportunistes, et s'explique d'autre part par le délai entre la contamination et l'immigration en Europe qui permet aux immigrés d'accéder au test volontaire ou au dépistage systématique dans le cadre notamment des examens pré-nataux, comme le montrent très nettement les données suisses⁵. Les femmes pourraient ainsi bénéficier d'une prise en charge plus précoce, comme l'indiquent les données françaises³, anglaises² ou italiennes⁶.

Les données de la cohorte suisse⁵ confirment sur des bases solides ce que les enquêtes hospitalières françaises (notamment Mortier en 2003, Ippothès et d'autres études encore non publiées) suggèrent : une fois diagnostiqués, les malades originaires d'Afrique subsaharienne reçoivent les traitements, les suivent et en bénéficient. En Suisse, 12 % des malades entrés dans la cohorte entre 1997 et 2001 sont originaires d'Afrique subsaharienne. Ils accèdent aux soins plus tard (275 CD4 au diagnostic *versus* 324 chez les autres patients, $p=0,002$), et ils sont nettement plus jeunes (31,5 ans *versus* 37 ans).

Le traitement est commencé à un stade plus avancé de la maladie (mesuré par le taux de CD4) en raison du diagnostic plus tardif ; toutefois, pour ceux qui ont un taux de CD4 supé-

rieur à 350, le délai entre l'entrée dans la cohorte et l'instauration du traitement antirétroviral est le même que chez les patients d'autres origines. Ensuite, dans une analyse multidimensionnelle, l'origine n'est pas un déterminant de la survenue du premier événement classant pour le sida, ni de la survie, dont les seuls prédicteurs sont le taux de CD4 et la charge virale.

Lorsque les traitements sont là...

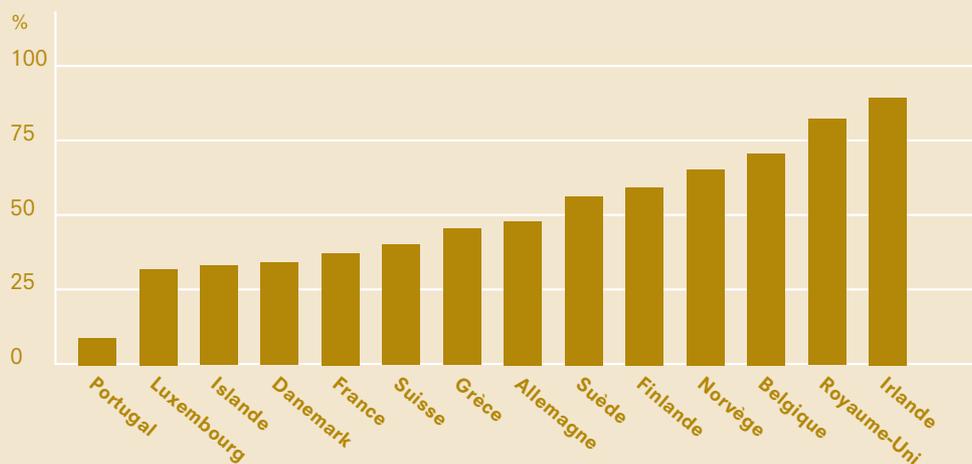
Ainsi, il semble que les systèmes de soins occidentaux, les régimes de protection sociale – avec des dispositifs hétérogènes – et l'engagement des équipes soignantes permettent aux migrants de s'approprier les traitements malgré tous les obstacles juridiques et financiers, les difficiles conditions de vie, la stigmatisation du sida au sein des communautés migrantes ou la position dominée des femmes. En ce sens, ils appuient le bien-fondé de la stratégie d'un large accès au traitement pour les malades du Sud : lorsque les traitements sont là, les attitudes et les comportements changent suffisamment pour que les malades en tirent bénéfice. - France Lert

5 - Staehelin C, Richkenbach M, Low N et al.
« Migrants from Sub-Saharan Africa in the Swiss HIV Cohort Study : access to antiretroviral therapy, disease progression and survival »
AIDS, 2003, 17, 2237-44

6 - Manfredi R, Calza L, Chiodo F
« HIV-infected immigrants from non-european union countries and antiretroviral treatment : comparison and epidemiologic, clinical and therapeutic variables according to patient sex »
J of AIDS, 2003, 33, 3, 408-10

L'origine n'est pas un déterminant de la survenue du premier événement classant pour le sida, ni de la survie, dont les seuls prédicteurs sont le taux de CD4 et la charge virale.

Pourcentage de cas originaires d'un pays d'épidémie généralisée* parmi les nouveaux diagnostics de contaminations hétérosexuelles en Europe de l'Ouest



* Pays où la prévalence du VIH est supérieure à 1% parmi les femmes enceintes ; principalement en Afrique subsaharienne mise à jour au 30 juin 2003
ref : UNAIDS/EuroHIV

La « double peine » des femmes migrantes

25

Abdon Goudjo
Crips (Paris)

Peu touchées au début de l'épidémie, les femmes payent aujourd'hui un lourd tribut à l'infection à VIH/sida ; notamment, parmi elles, les migrantes d'Afrique subsaharienne en France métropolitaine, et les Haïtiennes dans les départements français d'Amérique (DFA). Le *sex ratio* parmi les cas de sida déclarés en France est passé, entre 1988 à 1998, de 1 femme pour 7 hommes contaminés à 1 femme pour 3 hommes. En 2002, il était de 2 femmes pour 5 hommes¹. En 2002 toujours, l'augmentation du nombre de nouveaux cas chez les personnes de nationalité étrangère est observée à la fois chez les hommes et chez les femmes. Mais pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le nombre de cas déclarés chez des femmes de nationalité étrangère est plus important que chez des femmes de nationalité française. De plus, l'augmentation de la proportion des personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne est plus marquée chez les femmes. En Île-de-France, une enquête multicentrique confirme cette forte prévalence féminine au sein des populations migrantes². Dans les DFA, la part des femmes dans les cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie est de 27 % en Martinique, 33 % en Guadeloupe, et 37 % en Guyane³. En Guadeloupe et surtout en Guyane, les migrants d'Haïti et des pays frontaliers représentent une part importante de cette épidémie hétérosexuelle. Enfin, les données, partielles à ce jour, issues des déclarations de séropositivité rapportées par l'InVS fin novembre 2003 précisent que 42 % des nouvelles contaminations en France concernent

des femmes, issues en grande partie de l'immigration subsaharienne (voir l'article de Gilles Pialoux p. 7)⁴. Ces constats épidémiologiques convergeants amènent à rechercher les vulnérabilités spécifiques des femmes en général et des migrantes en particulier.

La force du déni

Un constat s'impose en premier lieu : la prise en compte d'une spécificité féminine dans l'infection à VIH a été tardive, et interroge sur une éventuelle part de déni.

Alors que l'on relève quelques actions de prévention conduites auprès des femmes (jamais spécifiquement auprès des femmes migrantes), surtout dans un souci de réduction de la transmission materno-fœtale, il aura fallu attendre novembre 1997, soit plus de 16 ans après le début de l'épidémie, pour que se tienne en France le premier colloque sur les femmes face à l'infection à VIH/sida⁵. L'importance de l'épidémie masculine dans les années 80 et 90 en France a masqué la réalité de la contamination féminine et renforcé une prévention déclinée essentiellement au masculin. Ainsi, en session inaugurale de cette rencontre de novembre 1997, Christiane Marty-Double d'Aides Fédération rappelait qu'en matière de prévention, les réponses proposées aux femmes ont été inadéquates, basées sur l'usage exclusif du préservatif, sans prendre en compte l'inégalité dans les rapports hommes/femmes : « *C'est un discours facile à faire : "Prenez le préservatif,*

1 - Données InVS au 31/12/2003

2 - Lot F et al. « Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, atteinte par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France en 2002 » BEH, 2004, 5

3 - Données InVS au 30/09/2002

4 - Données InVS au 30/06/2003

5 - « Femmes et infection à VIH en Europe » Colloque 14-15/11/1997, in Collection VIH/sida

exigez le préservatif." On culpabilise les femmes en leur disant : "On est deux dans le rapport sexuel." On leur fait porter tout le poids de la prévention en leur disant que, de la même manière que les femmes ont pris leurs responsabilités vis-à-vis de la contraception, il faut qu'elles les prennent vis-à-vis de la prévention du sida. » Ce discours réducteur fait l'impasse sur la dimension psychoaffective du rapport sexuel, et sur le poids d'un schéma socioculturel de domination masculine. Ce déni de la réalité vécue par beaucoup de femmes, et plus particulièrement par les femmes migrantes, est l'une des sources de leur vulnérabilité.

Du déni à la vulnérabilité

La vulnérabilité des femmes face au VIH est aussi en partie physiologique : « Dans le rapport hétérosexuel, les femmes sont (...) réceptives, aussi bien pour la pénétration vaginale qu'anales, ce qui explique en partie leur si grande vulnérabilité physiologique »⁶. Une surface plus importante des muqueuses génitales, des risques de micro-lésions, l'immaturation du col de l'utérus chez les plus jeunes, sont autant de facteurs fragilisants.

Mais la spécificité de la vulnérabilité des femmes migrantes tient surtout à leur dépendance socio-économique, qui peut prendre des formes diverses mais toujours fragilisantes : assujettissement à l'égard du partenaire et de la famille, très faibles revenus, prostitution occasionnelle ou de circonstance liée à une grande précarité. À la dimension économique s'ajoutent d'autres sources de vulnérabilité : les violences, un statut social défavorisé, une entrave à l'information, à la construction de l'estime de soi et à la prévention, une culture dévalorisant systématiquement les femmes et les empêchant même d'adopter des comportements autonomes leur permettant d'élaborer des stratégies personnelles de réduction des risques. Le silence autour de la sexualité dans lequel sont enfermées certaines femmes migrantes, par exemple quand elles savent que leur mari a des rapports sexuels en-dehors du couple, est aussi source de fragilité⁷.

Une enquête effectuée au sein de l'association Ikambere à Saint-Denis, en banlieue parisienne, met en lumière les difficultés sociales dans

lesquelles se retrouvent certaines femmes migrantes d'origine subsaharienne, suite à l'annonce d'une séropositivité ou à la découverte d'un sida avéré⁸. Beaucoup trop de femmes, en France et dans le monde, découvrent leur séropositivité à l'occasion d'une grossesse. Beaucoup trop de femmes sont rejetées de leur foyer à la suite de la découverte d'une séropositivité. Appréhender la diversité des situations que rencontrent ces femmes permet de mettre en lumière leurs difficultés à penser une démarche de prévention de qualité. Mais, comme le soulignait dans ces mêmes pages Isabelle Heard en 2002, il y a peu « d'études spécifiques qui permettent de mieux mettre en évidence cette vulnérabilité des femmes, notamment au sein de la famille. (...) Serait-ce parce que l'idée que l'image de la femme puisse être souillée nous dérange tous, ou parce que le VIH/sida reste résolument une maladie d'hommes ? »⁹. Le virus du sida emprunte les voies de la reproduction, les voies de la vie et amène la mort. Les femmes, qui sont au centre de la santé de la reproduction et, de fait, au centre de l'épidémie d'infection à VIH/sida, payent, aujourd'hui, le tribut le plus lourd au silence.

Quelle prévention ?

Peu d'associations généralistes de lutte contre le sida ont porté, depuis le début de l'épidémie, des actions de prévention auprès des femmes migrantes. Cependant, au milieu des années 90, les combats conjugués des associations, de la Direction générale de la santé (DGS), et de certains Conseils généraux, ont abouti à penser une prévention au féminin et à promouvoir un outil de prévention alternatif : le préservatif féminin, qui peut permettre aux femmes de négocier avec leur compagnon la protection des rapports sexuels. La campagne actuelle de promotion du Fémidom à 1 euro, conduite par la DGS et Sida info service, va dans le sens du renforcement des moyens de protection des femmes face au VIH.

En mars 2001, le CFES/Inpes a conduit une campagne de communication en direction des femmes, avec pour objectif d'informer et de mobiliser les femmes sur leur vulnérabilité spé-

La spécificité de la vulnérabilité des femmes migrantes tient surtout à leur dépendance socio-économique.

6 - Marty-Double C, *ibid.*

7 - Goldblat B, Serelle D
« Doni doni b'an bela : nous avons tous une part de responsabilité »
Association Cinomade, 2001

8 - Ikambere
« Rapport de recherche Ikambere et la vie quotidienne des femmes touchées par le VIH »
Ikambere, mars 2001

9 - Heard I
« Où sont les femmes »
Transcriptase, 2002, 100, 36-49

10 - Campagne de prévention auprès des femmes, ministère délégué à la Santé et CFES, mars 2001

Réfléchir à l'élaboration de projets de prévention cohérents, pertinents et adaptés s'adressant aux femmes migrantes suppose d'accepter l'idée d'une diversité des contextes socioculturels de la sexualité.

cifique par rapport au sida, afin d'asseoir leur légitimité à demander l'utilisation du préservatif à leurs partenaires, et afin qu'elles deviennent ainsi les leviers de la prévention dans la communauté migrante¹⁰. D'autres actions de communication ont lieu en direction des femmes migrantes, comme la cassette vidéo *Houria* pour les Maghrébines, ou la bande dessinée *Maimouna* pour les femmes originaires d'Afrique subsaharienne. Par ailleurs, des associations d'essence plus communautaire conduisent des actions de prévention auprès des femmes issues de l'immigration : Ikambere (la maison accueillante), IFAFE (Initiative des

femmes africaines de France et d'Europe) ou encore Afrique Avenir. Ainsi se dessine progressivement une prévention directement pensée au féminin, sans pour autant exclure les hommes, car dans la contamination hétérosexuelle il est important de s'adresser aux hommes et aux femmes. Réfléchir à l'élaboration de projets de prévention cohérents,

pertinents et adaptés s'adressant aux femmes migrantes suppose d'accepter l'idée d'une diversité des contextes socioculturels de la sexualité : déroulement de la vie privée, structure familiale et/ou règles sociales de lignage, règles du mariage et/ou de la vie de couple, aspects religieux, place de l'individu dans le groupe ou la communauté, tolérance vis-à-vis des différences, autonomie du choix. De même, compte tenu des conséquences sociales d'un éventuel dépistage positif, une information sur les aspects, non seulement sanitaires, mais aussi sociaux de la prise en charge VIH/sida doit être intégrée à toute action de prévention s'adressant aux femmes migrantes. La prise en compte de ces aspects sociologiques et anthropologiques doit être abordée sans *a priori*, pour éviter les préjugés, sans quête de recettes, pour éviter les stéréotypes, mais dans un souci d'altérité.

Reste encore à faire une grande campagne de communication sur le déni et le silence imposé aux femmes dans cette épidémie. *Qu'une femme retrouve sa parole restée en souffrance... et c'est l'ensemble de l'humanité qui est en éveil.* - Abdon Goudjo

L'observance féminine en précarité

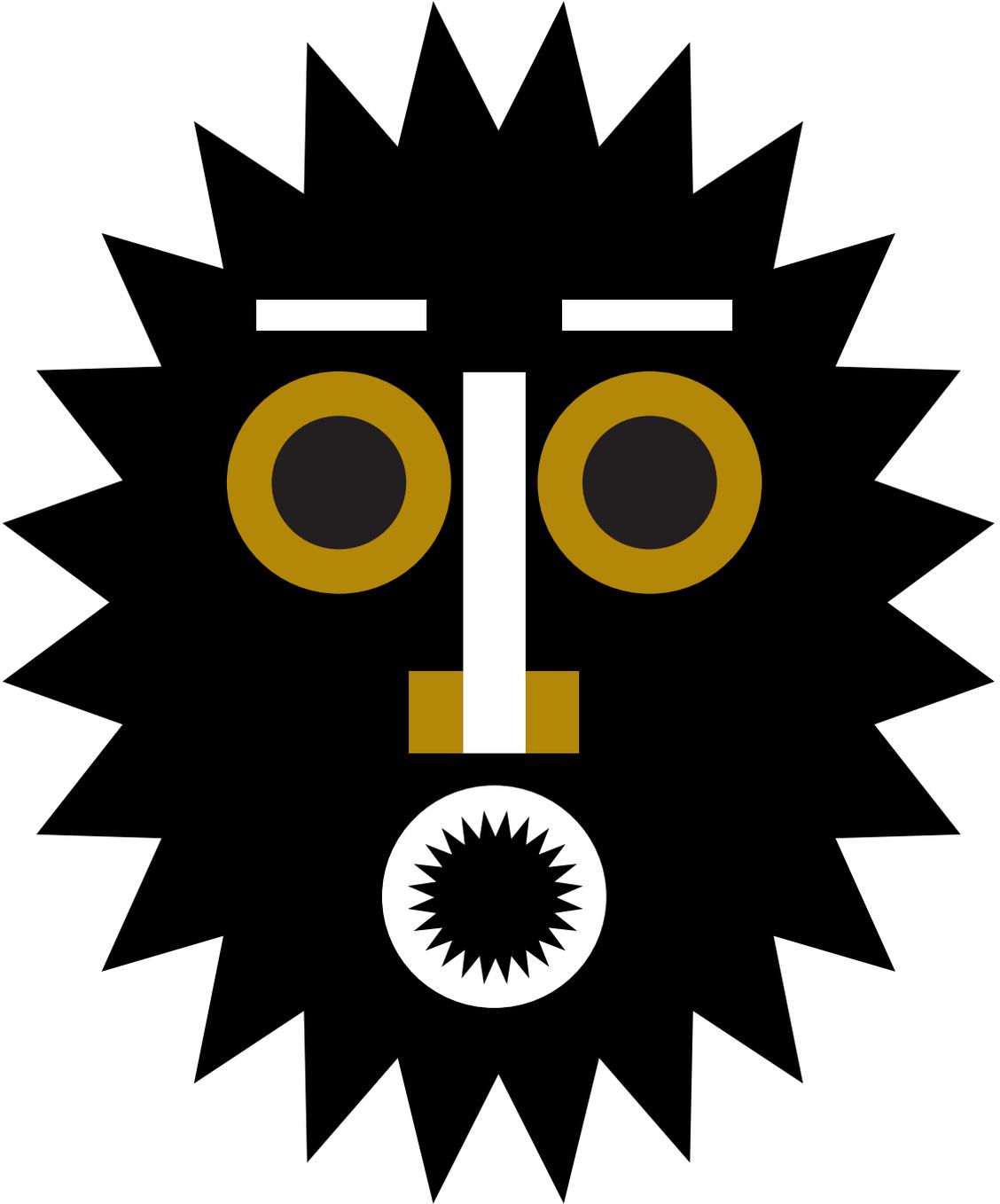
La précarité sociale et économique des femmes n'entrave pas seulement la prévention : elle a également des conséquences sur l'observance aux traitements anti-VIH. En 1999, l'enquête Ippothes sur l'observance auprès des populations multivulnérables avait mis en évidence, dans une situation de multivulnérabilité, une moins bonne observance des traitements chez les femmes que chez les hommes. Quelles sont les raisons de cette différence ? La mauvaise observance est-elle liée aux femmes ou à leurs conditions de vie ? L'enquête montrait que les difficultés sociales ont des répercussions plus graves pour les femmes que pour les hommes. Les principaux obstacles à l'observance sont l'absence de logement stable, le faible niveau de revenus, l'absence de travail, le fait de présenter des signes de dépression, la consommation active de tabac, alcool et stupéfiants, ou le fait d'avoir un ou plusieurs enfants, à charge ou non.

Les femmes dans le plan national de lutte contre le sida 2001-2004 français

Le ministère de la Santé, dans le chapitre sur la maîtrise de la diffusion hétérosexuelle du plan national de lutte contre le sida 2001-2004, fait siennes les approches spécifiques de prévention à l'égard des femmes, en recommandant :

- de poursuivre le programme de réduction des risques sexuels en direction des femmes vulnérables, du fait de la précarité ou d'autres situation ;
- de traiter la question des rapports hommes/femmes dans des brochures d'information et des actions de communication ;
- d'intégrer la prévention des risques sexuels aux programmes de prévention des violences contre les femmes ;
- de construire une approche spécifique de la prévention en direction des hommes tenant compte de l'évolution des rôles masculins et des formes de la sexualité masculine.

En revanche, il est regrettable que le chapitre consacré au sida dans le projet de loi de santé publique ne prenne pas en compte les aspects spécifiques du VIH/sida chez les femmes.



Les pièges du culturalisme

29

Laurent Vidal

*Anthropologue, Unité de recherche
socio-anthropologie de la santé
IRD (Dakar)*

cette référence à la culture n'est systématiquement mobilisée que lorsque l'on se penche sur les populations vivant dans les pays du Sud ou originaires de ces régions.

En vertu de ses modes de transmission et de ses dynamiques, tout autant épidémiques que régionales, l'épidémie de sida n'a cessé d'interroger les chercheurs, mais aussi les acteurs politiques et associatifs, sur les rôles joués par la culture, qu'elle soit pensée comme un facteur favorisant la diffusion du VIH, ou permettant, au contraire, d'en contenir les effets. Avec un bémol, qui est loin d'être indifférent : cette référence à la culture n'est systématiquement mobilisée que lorsque l'on se penche sur les populations vivant dans les pays

du Sud ou originaires de ces régions. Se posent alors deux questions, aux implications variées : pourquoi ne peut-on penser le sida affectant, en l'occurrence, les Africains – où qu'ils résident – sans en référer à des questions d'ordre culturel ? Et quelle place affecter aux pratiques et représentations culturelles dans les dynamiques générales et les réponses individuelles au sida ? Il semble certes aller de soi, en écho à la première interrogation, qu'il faille admettre qu'il serait illusoire de prétendre que la culture n'explique rien de la propagation de la maladie, et des réactions qu'elle suscite. Limiter la réflexion et les explications à une lecture culturelle du sida est, en revanche, bien plus discutable. Ce qui amène à reformuler la seconde

question : quelle place doit-on réserver aux facteurs politiques, économiques et plus largement sociaux, non réductibles au « culturel » ? Le problème ainsi posé, il est possible de repérer deux travers dans l'appréhension de la culture dès lors que l'on s'intéresse au sida. Le premier relève d'une uniformisation de la culture et le second d'une forme de surinterprétation en termes de culture : dans un cas la culture est pensée comme un tout, dans l'autre, tout est assimilé à la culture. De ces deux approches de la culture naît un culturalisme qui pêche fondamentalement par son manque d'ouverture.

« La culture est un tout »

Le sida est une maladie dont la compréhension nécessite des échelles d'analyse et des entrées thématiques multiples. Diverses disciplines se sont alors penchées sur les comportements et représentations, avec, en filigrane, l'idée que dans la culture doit se trouver la clef d'explication de la diffusion plus ou moins maîtrisée du virus, et aussi, plus récemment, de la plus ou moins grande accessibilité des traitements. Pour résumer, le problème mais aussi la solu-

tion resteraient pour une large part « culturels ». Sinon, comment expliquer les prévalences élevées du sida en Afrique (ou chez les Africains en France), ou encore la lenteur (supposée) dans les changements radicaux de comportements, les premières étant documentés par l'épidémiologie, les seconds espérés par la santé publique ? Différentes disciplines donc, touchant au registre des sciences comportementales, s'attèlent à décrypter des pratiques présentées comme « culturelles » : démographie, santé publique, sociologie quantitative, mais aussi communication, éducation pour la santé ; avec ou sans le concours des anthropologues. Mais avec, fréquemment, un *a priori* et une conséquence, tous deux de même nature : « la culture », unique, palpable, définissable, existe, point n'est besoin de s'interroger sur sa construction historique, ses évolutions et ses diverses expressions. De telle sorte que les traits culturels repérés permettent, estime-t-on, de tenir un discours sur « la culture ». En d'autres termes, la culture est appréhendée, analysée et exposée comme un ensemble homogène, englobant et, le plus souvent, figé. Nous sommes là au cœur d'une vision culturaliste de la culture, « façon équivoque de raisonner sur la culture comme un tout », comme le rappelle E. Ortigues¹.

Parmi d'autres, la pratique du lévirat repérable dans différentes cultures africaines a donné lieu à ce type de dérive culturaliste. Le lévirat, qui conduit une veuve à épouser un frère de son conjoint décédé, a été présenté comme l'archétype de la survivance culturelle propre à faciliter la diffusion du VIH : dès l'instant où le mari est décédé du sida, le risque est majeur de voir la femme, elle-même contaminée, transmettre le VIH à son nouveau conjoint. Cette simple description de ce qu'est le lévirat suggère combien il est abusif de mettre en accusation le lévirat dans la propagation du sida et de n'y voir qu'une pratique culturelle « à risque ». Sur ce dernier point, des anthropologues ont insisté sur l'importance pour la femme dont le mari est décédé – notamment du sida - de rester dans le groupe familial, alors qu'un abandon du lévirat entraînerait une démission de la prise en charge familiale de la femme infectée^{2,3,4}. Plus largement, on voit aisément que

la transmission du VIH dans le cadre du lévirat n'est pas plus imputable à la dimension « culturelle » de cette pratique qu'à un ensemble d'autres facteurs : la non-information de la femme du statut sérologique de son conjoint, la non-protection de leur rapports sexuels, le faible accès au test de dépistage, pour elle et son nouveau conjoint. En somme, autant d'éléments qui mettent en cause non pas tant une culture qu'un système de santé défaillant, des relations soignants-patients où les attentes et les compréhensions des patients restent peu prises en compte, mais aussi des rapports de pouvoir entre hommes et femmes que l'on se gardera bien de considérer comme étant propres aux groupes pratiquant le lévirat⁵. Finalement, si le lévirat est une pratique culturelle (au sens premier et général de valeur partagée), l'interprétation de son rôle dans la dynamique du sida montre fort bien que l'on ne peut pour autant se contenter d'en déduire qu'« une culture » est en jeu et en cause dès lors que l'on rapporte cette pratique au risque de diffusion du sida. En effet, dans leur confrontation au sida, les cultures pratiquant le lévirat sont loin d'être autarciques et figées : elles sont explicitement tributaires, et fréquemment victimes, de politiques sanitaires et économiques, et ni leur contenu, ni le regard que l'on pose sur elles ne peuvent se rapporter à un quelconque « tout ».

« Tout est culture »

Ce piège culturaliste de la généralisation des interprétations des faits culturels (« la culture est un tout ») se trouve couplé à une autre dérive, caractérisée par une tendance à la surinterprétation des données en termes culturels (« tout est culture »). Moyennant certes quelques nuances, le corps de l'argument est le suivant : les groupes (migrants, jeunes...) ou bien les sociétés (tel pays, tel ensemble régional...) touchés par le sida sont mus par des cultures dont l'empreinte est massivement présente dans les relations familiales et au sein des rapports entre hommes et femmes. Aussi, dès l'instant où l'on montre que des traits propres à ces relations interviennent dans la contamination d'un individu par un autre, alors les caractéris-

Quelle place doit-on réserver aux facteurs politiques, économiques et plus largement sociaux, non réductibles au « culturel » ?

1 - Le Palec A. « Bamako, taire le sida » *Psychopathologie Africaine*, 1994, 26, 2, 211-234

2 - Le Palec A. « Le sida, une maladie des femmes », 343-62 in Becker C et al., *Vivre et penser le sida en Afrique*, IRD-Coderia-Karthala, 1999

3 - Ortigues E. « Culturalisme », 188-90 in Bonte P, Izard M, *Dictionnaire de l'ethnologie*, Paris, PUF, 1991

4 - Taverne B. « Stratégie de communication et stigmatisation des femmes aux Burkina Faso », *Sciences Sociales et Santé*, 1996, 14, 2, 87-104

5 - Vidal L. *Femmes en temps de sida. Expériences d'Afrique*, Paris, PUF, 2000

6 - Vidal L
« Travers culturalistes
et pertinences du
social dans l'approche
du sida en Afrique »,
15-19
in UNESCO/ONUSIDA,
VIH/SIDA.
*Stigmatisation
et discrimination :
une approche
anthropologique,*
Etudes et Rapports,
série spéciale n° 20,
Unesco, 2003

tiques de la diffusion du virus sont d'ordre culturel. Concrètement, suivant ce raisonnement, le multipartenariat sexuel aura des fondements culturels, de même que les réticences à l'utilisation systématique du préservatif ou les difficultés à prendre conformément aux directives du médecin un traitement antirétroviral. Qu'elles soient fondées sur des études ou sur de simples stéréotypes, ces lectures culturalistes ont pour point commun de poser le même diagnostic : la difficulté, voire même l'incapacité à assimiler une information médicale, qu'elle soit relative à la modification des comportements sexuels ou au « bon » suivi des consignes de traitement. La dérive culturaliste intervient avec la culturalisation de ce diagnostic.

En réalité, plutôt que de voir des obstacles culturels dans les changements de comportements, ne devrait-on pas surtout se pencher sur les difficultés d'accès à l'information sur les traitements, sur les contraintes financières d'accès aux médicaments, ainsi que sur les travers de la relation au soignant ? Ne conviendrait-il pas aussi de s'interroger moins sur les blocages culturels à l'utilisation du préservatif (qui sont le plus souvent des universaux et non des spécificités com-

portementales des hommes de telle ou telle région), que sur les phénomènes de hiérarchisation des risques qu'opèrent les individus et qui, eux, ouvrent sur les contraintes économiques et les choix affectifs des individus ? Ne faudrait-il pas enfin se demander – et les expériences de pays où la prévalence du VIH stagne voire régresse, et où l'utilisation du préservatif se généralise et se systématiser y aiderait grandement – si les blocages ne sont pas autant ceux de la santé publique, dans la conception des messages et les méthodes utilisées pour les véhiculer, que ceux des populations qui les reçoivent ?

Autant de questions qui montrent la nécessité de dépasser les analyses univoques, partant et ramenant constamment à la culture, alors que celle-ci n'a de sens pour rendre intelligibles les comportements face au sida que corrélée aux dimensions économiques et politiques de l'épi-

démie⁶. Pour mener à bien ce travail de rupture de l'enveloppe culturaliste, une première voie consiste à rechercher les déterminants sociaux de la maladie : mais ce travail doit être couplé avec une étude de la production du culturel par les acteurs de la lutte contre le sida (soignants, responsables de santé publique, militants associatifs, chercheurs...). Ce n'est qu'à cette condition que les visions englobantes, tant de la culture que de l'explication par la culture, pourront être critiquées dans toutes leurs implications. - Laurent Vidal

Le piège de la généralisation des interprétations des faits culturels (« la culture est un tout ») se trouve couplé à une autre dérive, caractérisée par une tendance à la surinterprétation des données en termes culturels (« tout est culture »).

Richesses **et** faiblesses du paysage associatif français

Abdon Goudjo
Crips (Paris)

La structuration d'un champ associatif spécifique autour du sida et de l'immigration n'a pu se faire dans de bonnes conditions en France. C'est que, pour reprendre les termes de Didier Fassin dans ces colonnes, « à la différence de ce qui s'est passé pour les homosexuels et les hémophiles, qui ont pu défendre dans l'espace public leurs droits et leurs attentes, les immigrés, se sachant peu légitimes, n'ont guère été en mesure de faire valoir les leurs » (voir p. 18).

En effet, comment faire entendre sa voix, quand on n'a pas légitimité de citoyen ? Comment faire entendre sa voix, quand on a peur, pour des raisons plus ou moins objectives, de la stigmatisation et de la discrimination ? Comment faire entendre sa voix, alors que le discours ambiant des autorités publiques ou associatives françaises engagées dans la lutte contre l'infection à VIH/sida en France vise globalement à occulter la situation des migrants face à cette pandémie ? Comment faire entendre sa voix quand, en qualité de migrants/étrangers, on est l'objet d'une instrumentalisation dans les débats électoraux ?

Éclectisme du paysage associatif

Depuis le milieu des années 90, face à l'extension de l'épidémie d'infection à VIH/sida au sein des populations migrantes d'Afrique sub-

saharienne, d'Haïti et, à une moins grande échelle, du Maghreb, le regard sur la prévention et la prise en charge de ces populations a évolué dans l'ensemble de la collectivité française.

À côté d'une lecture plutôt universaliste de la prévention, de l'incitation au dépistage et à la prise en charge et de l'accompagnement des populations migrantes/étrangères, un regard plus communautaire s'est imposé, pour répondre à des besoins non couverts et/ou pour élargir les choix d'approches méthodologiques s'adressant aux migrants – sans pour autant verser dans un communautarisme sectaire. De nombreux projets ont alors émergé et de nouvelles associations ont vu le jour. Ces projets associatifs ont été développés pour l'essentiel par :

– des associations d'essence communautaire, créées par des personnes ayant vécu pour elles-mêmes ou chez leur proche, dans la famille ou la communauté, des bouleversements liés au VIH/sida. Citons Ikambere (La maison accueillante), l'Apa (African positive association), Afrique Avenir, Bondeko (la fra-

À côté d'une lecture plutôt universaliste de la prévention, de l'incitation au dépistage et à la prise en charge et de l'accompagnement des populations migrantes/étrangères, un regard plus communautaire s'est imposé.

ternité), Ifafe (Initiative des femmes africaines de France et d'Europe), l'Aisfas (Association interculturelle de lutte contre le sida en France et en Afrique subsaharienne), le comité des familles pour survivre au sida (issu de MCS);

- des associations socioculturelles de migrants, qui ont ajouté à leur spécificité culturelle une mission sida pour mener des actions de prévention de terrain. Il s'agit de la FTCT (la Fédération des tunisiens pour une coopération des rives), de Migrations santé, des ATF (Associations des Tunisiens de France), de la RIFEN (Rencontre internationale des femmes noires), ou encore de l'URACA (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines);
- des ONG de développement ou humanitaires, dont l'action s'inclut dans une prise en compte

À quand la valorisation de projets à destination des lieux festifs (*n'gandas, maquis...*) et des lieux de vies (salons de coiffures afro...) que fréquentent les populations immigrées les plus exposées au VIH/sida ?

globale du fait migratoire, de sa complexité, et des urgences que génère le risque VIH/sida dans cette situation. Cette approche est portée par l'IMEA (Institut de médecine et d'épidémiologie africaine), le GRDR (Groupe de recherche et de réalisations pour un développement rural), Médecins du monde, ou le

COMEDE (Comité médical pour les exilés);

- des associations généralistes de lutte contre le sida, qui ont intégré un pôle, une mission ou une référence « migrants » dans leurs objectifs et leurs interventions. Ici nous retrouvons le Crips, Aides, ALS (Association lyonnaise de lutte contre le sida), Sida info service, Arcat, les réseaux ville-hôpital de Mulhouse, d'Orléans, de Suresnes, de Paris Nord, de Poitiers, Saint-Denis, etc., ou encore la SFLS (ex FNCLS), société savante française de lutte contre le sida. Certaines de ces associations se regroupent en collectifs. Citons l'ODSE (l'Observatoire du droit à la santé des étrangers) qui dénonce les difficultés rencontrées par les étrangers dans les domaines de l'accès aux soins et du droit au séjour pour raison médicale; les membres fondateurs sont Act Up Paris, Aides, Arcat, la Cimade, le Collectif national contre la double peine, le Comede, le Gisti, Médecins du monde, le Mrap, Sida info service; ils ont été rejoints par l'AFVS (Association des familles victimes du saturnisme), le Catred (Collectif

des accidentés du travail et retraités pour l'égalité), la FTCT, Pastt et Solidarité sida;

- enfin, signalons que des radios communautaires ouvrent régulièrement leur antenne à la problématique du VIH/sida chez les migrants, comme Africa n° 1, Beur FM, Migrants Contre le Sida, Tropic FM...

Des actions en mal d'évaluation

Sur un plan méthodologique, toutes ces associations ou structures ont en commun d'aller au-devant des personnes étrangères ou issues de l'immigration, pour les rencontrer, les écouter, les informer, discuter, puis les inciter à entreprendre une démarche de prévention, de dépistage ou de soin.

En dehors de cette démarche de proximité, les actions de ces associations sont très différentes et il est très difficile de les classer en fonction de leurs modalités d'interventions. Souvent, elles sont réduites, faute de moyens propres et/ou de projets clairs, à répondre à des appels à projets aux cahiers des charges plus ou moins contraignants. Ainsi, à la faveur des Programmes régionaux d'accès à la prévention et au soin (PRAPS), beaucoup d'associations ont été amenées depuis deux ou trois ans à intervenir dans des foyers de travailleurs migrants en matière de VIH/sida, alors que la réalité de l'épidémie en France est plus dans la cité que dans ces foyers aux populations souvent vieillissantes, qui posent d'autres questions de santé publique...

À quand la valorisation de projets comme ceux initiés par Afrique Avenir, par exemple, à destination des lieux festifs (*n'gandas, maquis...*) et des lieux de vies (salons de coiffures afro...) que fréquentent les populations immigrées les plus exposées au VIH/sida, notamment celles d'Afrique Centrale (Cameroun, les deux Congo, RCA...)? Un PRAPS s'adressant à tous les migrants quels que soient leurs lieux de résidence permettrait de multiplier ce type d'initiatives et d'en élaborer d'autres.

Malgré la difficulté d'effectuer un classement, on peut schématiquement regrouper trois types d'interventions :

- beaucoup d'associations de migrants ou intervenant auprès d'eux, tels l'ALS, le Crips, Migrations santé ou Médecins d'Afrique

34

conçoivent leurs interventions sur la thématique VIH/sida auprès des migrants en abordant avec ceux-ci de nombreux sujets de la vie quotidienne avant d'arriver à l'évocation du risque VIH, et en respectant toutes les strates sociales qui composent les lieux où ils interviennent. Ces chemins de traverses se sont avérés très utiles avant que ne se disent, puis ne s'élaborent avec les migrants – en particulier subsahariens ou maghrébins – des conduites de prévention, de réduction des risques et des démarches de prise en charge ;

– d'autres structures, comme MCS ou APA, clairement identifiées comme faisant des actions de plaidoyer dans la prévention et la prise en charge des migrants vivant avec le VIH/sida, ont des démarches plus directes ;

– d'autres encore, qui s'inscrivent davantage dans l'accompagnement des patients et dans l'aide à la vie quotidienne, comme Ikambere ou Bondeko, proposent aux personnes migrantes vivant avec le VIH, dans leurs locaux ou lors de permanences à l'hôpital, une aide dans la quête des droits sociaux, une aide à l'observance thérapeutique ou une aide nutritionnelle.

Toutes ces démarches n'ont pas abouti à des résultats significatifs pour infléchir les données épidémiologiques concernant les migrants infectés par le VIH/sida, mais des méthodologies d'approche sont nées. Elles demandent à être consolidées, et évaluées.

Précarité... des financements

Sur un plan logistique, technique et financier, ces différentes structures reçoivent à des degrés très divers le soutien des institutions françaises (DGS, Inpes, DRASS, DDASS, CRAM, FASILD, conseils régionaux, conseils généraux ou municipalités...). Avec une mention spéciale pour l'Inpes qui, en plus de ses propres missions, accompagne et met en valeur des initiatives prises par des associations migrantes VIH en matière de prévention. Quelques outils de prévention comme les vidéos (*Houria, Moussa le taximan I et II, Doni-doni b'an bela, Vivre positivement...*), la bande dessinée *Maïmouna*, ou encore le calendrier d'Afrique Avenir, montrent l'engagement de cette agence d'État sur la communication à destination des migrants.

Cet engagement de l'Inpes ne règle cependant pas la question du soutien financier aux associations dans leurs propres missions de prévention et d'accompagnement auprès des populations migrantes. En réalité, le soutien financier n'intègre que rarement les frais de fonctionnement des structures. Ce manque de cohérence dans les financements alloués, pousse les associations dans une quête d'actions ou d'interventions quelque peu débridées et parfois peu pertinentes.

Ainsi ces associations, qui s'occupent de populations migrantes souvent précaires, se voient-elles proposer une économie de survie associative tout aussi précaire.

Doit-on être précaire pour s'occuper des précaires ? Si les grandes associations, comme Aides ou le Crips, parviennent encore à s'adapter – parfois difficilement – aux aléas de ces financements, les petites associations, souvent communautaires, n'ont pas cette latitude. Leur survie est directement en cause. Elles regrettent leurs liens ténus avec les administrations et ressentent douloureusement la modestie et l'absence de pérennité de financements publics qui ne sont pas à la hauteur des enjeux de santé publique. Cette critique se fait aujourd'hui très vive, à l'heure des restrictions budgétaires drastiques qui touchent en priorité ceux qui n'ont pas voix au vote. De cette réalité, les associations de migrants, comme celles qui s'intéressent de manière plus générale à la prévention et à la prise en charge des migrants en France, ne sont dupes. Alors qu'aujourd'hui leur engagement est total, elles s'inquiètent devant les nouvelles dispositions relatives aux conditions de séjour, à l'accès aux droits et au soin des immigrés, jointes aux coupes sombres budgétaires. Et s'interrogent sur la réalité de la volonté politique de s'attaquer à la question de l'épidémie chez les migrants. - **Abdon Goudjo**

Des méthodologies d'approche sont nées. Elles demandent à être consolidées, et évaluées.

Quelques sites Internet

Adri (Agence pour le Développement
des Relations Interculturelles)
www.adri.fr/docs/accueil.html

Afrique Santé
www.afriquesante.com

Cimade
www.cimade.org

ComèdeGisti (Groupe d'Information
et de Soutien des Immigrés)
www.gisti.org/bienvenue/index.html

Crips Ile-de-France
www.vihinternet.org
www.lecrips.net

Ikambere
www.ikambere.org/assoc_az.htm

Inpes
www.inpes.sante.fr

Médecins du Monde
www.medecinsdumonde.org

Migrants contre le sida
www.survivreausida.net

Migrations-santé
www.migrations-sante.org

Odse (Observatoire du Droit à la Santé
des Etrangers)
www.odse.eu.org

RFI (Radio France International)
www.rfi.fr

Sida Info Service
www.sida-info-service.org/default.php3

Uraca (Unité de Réflexion et d'Action
des Communautés Africaines)
www.uraca.org

Veï (Ville Ecole Intégration)
www.cndp.fr/vei

G.R.D.R (Groupe de Recherche et de Réalisations
pour le Développement Rural) Partenariat
européen entre acteurs de santé et communautés
africaines
www.euroafripartners.org

Malades en exil, exilés malades

36

Arnaud Veïsse
Comité médical pour les exilés (Comede)
(Paris)

Parmi les 40 millions de personnes dans le monde vivant avec le VIH fin 2003, 6 millions de femmes et d'hommes ont besoin d'antirétroviraux, mais seuls 400 000 en bénéficient. Dans les pays en développement, la couverture thérapeutique est estimée à 84 % en Amérique, 19 % en Europe de l'Est et Asie centrale, 7 % en Asie du Sud et de l'Est¹. Elle est de 2 % en Afrique, où vivent près des trois quarts des personnes atteintes. La plupart des décès imputables au sida (3 millions de morts par an), à la tuberculose (2 millions) et au paludisme (1 million) concernent des personnes vivant dans le monde en développement². Également évitable et curable, une autre épidémie y sévit, conséquence du déficit de démocratie et des inégalités sociales. Il s'agit de la violence, aussi visible et bruyante qu'elle reste ignorée par les politiques de santé³. Ce fléau a provoqué 1,6 million de morts en 2000, par suicide (815 000), violence interpersonnelle (520 000), et violence collective (310 000 décès directement liés à des conflits, essentiellement en Afrique).

Sida et violence, une double épidémie

Au cours du XX^e siècle, la violence collective a fait 191 millions de morts, dont près de 90 % de civils³. La recrudescence des conflits violents dans le monde des années 90 (57 répertoriés, principalement en Afrique subsaharienne) a conduit au début de ce millénaire 21 millions de réfugiés sur les routes de l'exil,

dont une minorité parvient en Europe (8 %) ⁴. La France, qui compte 1 % de la population mondiale, accueille 0,7 % des réfugiés. La protection offerte aux survivants constitue pourtant le traitement curatif de cette affection, faute d'une politique de prévention efficace. Cette protection est juridiquement prévue par la Convention de Genève sur les réfugiés (« asile conventionnel ») et la Convention européenne des droits de l'homme (« protection subsidiaire », anciennement « asile territorial »). Dans de nombreux pays d'Afrique, l'épidémie de sida et celle de la violence se favorisent mutuellement ⁵. Mais si ces affections sont également mortelles en l'absence de traitement, le risque de mourir est plus immédiat s'agissant des conflits armés, des persécutions et de la torture, pratiquée aujourd'hui dans la moitié des pays du monde. Le besoin de protection et de survie prime ainsi la demande de soins, tant au pays d'origine que dans les pays d'accueil. Or, dans un contexte économique et politique difficile, le droit d'asile connaît une application de plus en plus restrictive en France depuis l'arrêt officiel il y a trente ans de l'immigration du travail ⁶. En outre, les progrès enregistrés en matière d'accès aux soins dans le pays d'origine des exilés s'accompagnent d'un recul sans précédent de leur accès aux soins en France.

1 - BEH
Situation mondiale de la pandémie de VIH-sida fin 2003
n° 50, 78, 426-430, 2003

2 - OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2002. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*

3 - OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé, 2002*

4 - Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, www.unhcr.ch

5 - Milleliri JM
« Le sida transforme le paysage des conflits armés en Afrique »
Transcriptases 2003, 110, 13-18

6 - Noiriel G
Réfugiés et sans-papiers, la République face au droit d'asile, XIX^e-XX^e siècle
Pluriel, 1998

7 - Comede
Rapport sur la santé
des exilés
2003

8 - Comede
Guide sur la prise
en charge des
demandeurs d'asile
et étrangers en
séjour précaire
2003

9 - Art 12bis¹¹
de l'ordonnance du
2 novembre 1945,
créé en 1998 par
la loi Chevènement
et maintenu en 2003
dans la loi Sarkozy

10 - Ministère de
l'Intérieur
Titres de séjour
Rapport 2002

11 - Institut de Veille
Sanitaire
Situation du Sida
en France
Données au 30 juin
2003

12 - Observatoire
du Droit à la Santé
des Étrangers
Rapport juin 2003

La santé à l'épreuve de l'exil et de l'exclusion

Avec 80 000 patients de plus de 130 nationalités pris en charge depuis 25 ans, le Comede représente un poste d'observation unique de la santé des exilés en France⁷. Les conditions de survie dans lesquelles ces personnes sont maintenues par la précarité de leur situation administrative renforcent les effets médico-psychologiques délétères des traumatismes de l'exil et des persécutions⁸. De « réfugiés » dans les années 80, les exilés sont devenus des « demandeurs d'asile », puis des « sans-papiers ». N'ayant droit à aucune ressource légale à l'exception d'une allocation mensuelle de 282 euros limitée à 12 mois, ils devront patienter plusieurs années dans la salle d'attente de la société, dans un « provisoire qui dure » jusqu'à la reconnaissance tardive du statut de réfugié ou la délivrance d'une carte de séjour « *vie privée et familiale* », notamment pour raison médicale⁹.

Lorsque, faute de reconnaissance du droit au séjour, les exilés font valoir leurs problèmes de santé pour un bénéfice administratif subsidiaire à la protection juridique dont ils relèvent, la rumeur enfle : après la « misère du monde » et son lot de « réfugiés économiques » – invention sémantique française –, nous serions en passe d'être envahis par les « réfugiés médicaux ». Les boucs émissaires sont principalement les Africains, qui représentent à la fois les trois quarts des étrangers régularisés pour raison médicale¹⁰ et près de la moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH¹¹. Avant d'aborder les conséquences sur l'accès aux soins de ces rumeurs non dénuées d'une certaine démagogie, il nous faut analyser ces chiffres dans le contexte plus global des motifs et des conditions de l'exil.

▮ Comme le montrent les retards au diagnostic de sida plus fréquents chez les étrangers, attestés par l'InVS, les malades « qui viennent en France se faire soigner » ignorent dans la plupart des cas leur affection lors de l'arrivée en exil. Au Comede, parmi 270 patients séropositifs pris en charge, 95 % d'entre eux ont appris leur séropositivité à l'occasion d'un bilan

de santé pratiqué en France, le traumatisme de la maladie venant encore raviver les souffrances des persécutions et de l'exil. D'autre part, les taux de prévalence observés sont moindres chez les exilés africains en France (3,8 % pour l'Afrique centrale et 1,7 % pour l'Afrique de l'Ouest⁷) qu'ils ne le sont dans la région d'origine, ces données évoquant même une corrélation négative entre l'infection par le VIH et l'exil. Enfin, les 8 987 bénéficiaires d'une carte de séjour pour raison médicale représentaient en 2002 moins de 0,3 % des étrangers en France.

Recul de l'accès aux soins pour les exclus de l'universel

Au cours des derniers mois, au moins dix Africains soignés pour une infection à VIH se sont vus officiellement « invités à quitter la France » par la préfecture de leur département de résidence. Ces malades, soutenus par les associations membres de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE)¹², sont originaires du Congo-Kinshasa, de Côte-d'Ivoire, du Ghana, de Madagascar et du Sénégal. Les avis défavorables des médecins inspecteurs des administrations compétentes se fondent principalement sur la « possibilité » d'accès aux soins dans le pays d'origine, plusieurs de ces décisions font actuellement l'objet de procédures contentieuses auprès des juridictions administratives. Mais en attendant de se voir reconnaître leurs droits par le juge, certaines personnes ont perdu, à l'occasion d'un refus de renouvellement de leur carte de séjour, leur emploi et leur sécurité sociale.

▮ Il est vrai que les sans-papiers résidant en France ont droit à l'Aide médicale d'Etat (AME), protection maladie « au rabais » réservée aux exclus de la couverture maladie « universelle » créée en 1999. Bien que stigmatisante et refusée par de nombreux professionnels de santé, l'AME a toutefois permis pendant 4 ans à la plupart des personnes concernées de recourir aux soins médicaux nécessaires à leur état de santé. Mais après une première tentative avortée en décembre 2002 (suppression de la gratuité des soins par la création d'un ticket modérateur, actuellement suspendue à l'édiction d'un décret d'application), le législateur a voté

Les taux de prévalence observés sont moindres chez les exilés africains en France qu'ils ne le sont dans la région d'origine, ces données évoquant même une corrélation négative entre l'infection par le VIH et l'exil.

en décembre 2003 la suppression de la procédure d'admission immédiate à l'AME (voir l'article de N.Simonnot p. 40).

C'est ainsi que les étrangers devenus sans-papiers à la suite d'un refus de séjour peuvent désormais se trouver dépourvus pendant plusieurs mois de toute protection maladie complémentaire, et donc exclus des soins. Faute d'admission immédiate et préventive à l'AME, le bilan immunitaire consécutif à un dépistage ne relève pas plus des missions des urgences de l'hôpital que des possibilités des dispositifs de soins gratuits. Terribles pour les sans-papiers concernés, néfastes pour la santé publique, contre-productives sur le plan économique, ces dispositions auront des effets pénibles pour d'autres étrangers en séjour précaire confondus avec les sans-papiers au centre de sécurité sociale, pour les agents de sécurité sociale tenus à des vérifications qui relèvent de la police, ainsi que pour les médecins des urgences hospitalières à qui l'administration ne tardera pas à réclamer des « certificats d'urgence » pour les patients « insolubles ».

▮ Pour des exilés qui découvrent la maladie, le besoin de protection et de soins constitue une double obligation juridique et politique compte tenu des engagements internationaux pris par la France à l'égard du droit d'asile comme de l'accès aux traitements antirétroviraux. En outre, parce que l'exil n'est que rarement motivé par des raisons médicales, il est inopérant de viser à dissuader l'arrivée en France de personnes potentiellement infectées par le VIH. Les politiques de prévention devraient bien au contraire favoriser l'accès au dépistage et aux soins en France. Pourtant, suite aux restrictions législatives de l'AME et dans l'attente d'une couverture maladie véritablement universelle, la seule possibilité de continuité des soins reste aujourd'hui le droit au séjour des étrangers malades. - **Arnaud Veïsse**

TEMOIGNAGE

Une prise en charge spécifique pour les femmes séropositives d'origine subsaharienne ?

Infirmière dans le service d'immunologie de l'Hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), à Paris, j'ai voulu tenter d'élaborer une réponse adaptée à mon expérience, à l'écart des idées préconçues, à la question de savoir comment gérer la négociation quasi permanente pour la prise des traitements dans laquelle nous devons être auprès de ces femmes. Plus que l'expression d'une différence culturelle, cette résistance relève du paradoxe : comment comprendre que ces patientes, qui sont allées jusqu'à choisir l'exil pour continuer à bénéficier des traitements, expriment une telle difficulté à y adhérer au quotidien ? C'est pour tenter d'éclairer ce paradoxe qu'au sein du diplôme universitaire organisé à l'HEGP sur le thème « Femmes et VIH », j'ai réalisé une enquête informelle par entretiens semidirectifs en face-à-face auprès de 20 patientes parmi les 80 femmes séropositives originaires d'Afrique subsaharienne suivies à l'HEGP.

Première remarque : 90 % de ces femmes peuvent citer leurs antirétroviraux ; elles ont donc une bonne connaissance de leurs traitements,

auxquels elles attribuent à 95 % une efficacité directe sur leur état biologique. Cette confiance signale en outre une bonne intégration de l'information reçue, puisque 80 % d'entre elles ne ressentent pas le besoin de se soigner au début du traitement, et puisque 45 % considèrent avoir ressenti des effets négatifs sur leur corps depuis la mise sous traitement. Une confiance dans les traitements que confirme le fait qu'aucune n'a consulté de tradi-praticien pour le VIH, ni au pays, ni en France. De fait, 70 % déclarent avoir le sentiment d'avoir une part de décision dans leur traitement, et, même si elles estiment, à 65 %, que le langage des soignants n'est pas toujours adapté, 50 % d'entre elles déclarent s'adresser à une association lorsque l'information leur manque, et 30 % s'adressent à leur médecin. Une capacité à se prendre en charge qui contraste avec certains préjugés.

Seconde remarque : 50 % de ces femmes considèrent que la prise des traitements demande une rigueur difficile, notamment en raison de la difficulté à maintenir le secret pour 45 % d'entre elles ; mais 95 % des répondantes déclarent oser parler de ces difficultés.

Que penser, au vu de ces chiffres, de leur difficulté à adhérer à la prise du traitement ? L'idée

L'idée préconçue d'une méfiance culturelle à l'égard de la médecine ou d'un désintérêt pour sa rigueur semble devoir être écartée.

préconçue d'une méfiance culturelle à l'égard de la médecine ou d'un désintérêt pour sa rigueur semble devoir être écartée.

En revanche, un chiffre recueilli demeure frappant : à la question « pensez-vous que l'accès aux anti-

rétroviraux vous a permis de faire des projets ? », toutes répondent par l'affirmative ; 30 % d'entre elles pensent que cela leur permettra de trouver un travail en France, 30 % déclarent vouloir faire un enfant, 20 % songent à faire venir en France leur(s) enfant(s) resté(s) au pays, et 20 % veulent se trouver un appartement. Ces projets s'inscrivent étroitement dans des problématiques d'exil ; d'une manière ou d'une autre, il s'agit de donner un sens à l'installation en France, de s'y donner une place au-delà de l'exil pour raisons médicales.

Rappelons que 70 % de ces femmes ont appris leur mise sous traitement, signifiant leur exil à vie, et leur séropositivité presque en même

temps. Survivre et se construire une nouvelle vie en France sont donc des impératifs intimement liés dans leur histoire. Le traitement est à la fois ce qui les contraint à l'exil et ce qui leur permet de se projeter dans l'exil.

Ces femmes sont responsables et volontaires. Elles connaissent bien leur maladie et leurs traitements, ou du moins témoignent d'une réelle volonté de s'informer et de s'entourer. Conscientes que l'accès à la connaissance et à la parole autour de la maladie les rend moins vulnérables, elles semblent en cela adhérentes à notre prise en charge de la maladie. Pourtant, 70 % d'entre elles déclarent que le traitement ne suffit pas pour combattre la maladie. S'agit-il d'un défaut d'adhésion, ou plutôt de l'expression d'une inquiétude face au sens à donner au combat contre la maladie ?

Ce travail, pour informel qu'il soit, m'offre une hypothèse qui va au-delà des préjugés culturalistes pour améliorer ma prise en charge de ces patientes parfois résistantes. S'il y a une spécificité de la façon dont nous pouvons les entourer, c'est en les accompagnant dans leur volonté de prendre leur nouvelle vie en main, en les rassurant quant à leur capacité à se construire en exil une nouvelle vie, au-delà de la survie que nous leur offrons. - **Caroline Mandy**

L'accès aux soins des plus **faibles** remis en cause

40

*Nathalie Simonnot
Direction générale de l'action humanitaire
de Médecins du monde (Paris)*

Les inégalités sociales de santé ont été largement documentées par les chercheurs comme par les plus hautes autorités en santé publique dans la plupart des pays. Les moins favorisés sont, dans ces enquêtes, les ménages ayant de faibles revenus et des conditions de travail difficiles. Mais les plus précaires ne sont jamais comptabilisés dans les enquêtes : ceux qui n'ont pas de logement ou des logements insalubres, des ressources très faibles voire inexistantes, pas de travail voire pas de papiers ; ceux, donc, dont le logement, l'alimentation, les conditions de travail sont potentiellement le plus à risques au plan sanitaire.

Trois grands dispositifs existent en France pour favoriser l'accès aux soins des plus précaires : la Couverture maladie universelle, l'Aide médicale État, et le droit au séjour pour raisons médicales (voir encadré). Le gouvernement ne cesse de promulguer des circulaires, lois et décrets pour restreindre la portée de chacun de ces dispositifs.

Menaces sur l'AME

L'attaque la plus déterminée du gouvernement et du Parlement est portée contre l'AME, cible facile puisqu'elle ne concerne que 150 000 per-

Les trois grands dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des plus précaires

La Couverture maladie universelle, ou CMU, dont peuvent bénéficier tous ceux qui ont moins de 566,5 euros de revenus par mois¹, sauf les sans-papiers, implique un accès gratuit à la prévention et aux soins.

L'Aide médicale d'État, ou AME, qui s'adresse aux personnes sans aucune autorisation de séjour ayant des revenus inférieurs à 566,5 euros, implique l'accès gratuit à la prévention et aux soins, mais avec des prestations non prises en charge (prothèses...).

Le droit au séjour pour raisons médicales accorde une carte de séjour temporaire « vie privée et familiale » avec droit au travail à tout 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 ».

1- 566,5 euros : seuil pour une personne seule ; d'autres barèmes existent selon la taille de la famille : voir sur le site du fonds CMU : www.cmu.fr

2 - Dans la loi créant la CMU et rénovant l'AME, ce critère (déjà existant dans la loi de 1992 sur l'aide médicale) avait été repris pour assurer des ouvertures immédiates de droit à la couverture maladie, pas seulement pour raisons médicales mais aussi, par exemple, quand on constatait que la personne vivait dans un tel état de précarité qu'en l'absence de l'ouverture immédiate, les démarches ne seraient plus faites qu'à l'occasion d'une urgence médicale et donc trop tard pour assurer une prévention minimale.

3 - Guillemot B, Mercereau F Rapport sur l'évolution de l'Aide Médicale État n° 2003 022, IGAS, février 2003 (rapport non paru mais obtenu via la Commission d'accès aux documents administratifs).

Les seuls chiffres disponibles sont, de l'aveu même des auteurs, peu fiables.

sonnes en situation de séjour précaire. Un plan de réduction drastique de l'AME en trois étapes se dessine :

Première étape : la suppression de l'admission immédiate à l'AME, même « *si la situation de la personne l'exige* »² ; l'instauration d'un délai de 3 mois de résidence ininterrompue avant de pouvoir demander l'AME ; à la place du droit à l'AME dès le premier jour de résidence en France, l'attribution d'une somme forfaitaire pour la prise en charge à l'hôpital des « *soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître* ». Ces mesures, qui auront pour conséquences évidentes de retarder l'accès à la prévention et aux soins, et de favoriser le recours aux urgences hospitalières, figurent à l'article 49 du code de l'action sociale et des familles voté en décembre 2003 ; elles sont applicables depuis janvier.

Deuxième étape : le gouvernement prépare un décret pour l'instauration d'un ticket modérateur, qui mettrait fin à la gratuité des soins pour les bénéficiaires de l'AME. Le Parlement avait déjà voté cette mesure en décembre 2002, mais grâce à la mobilisation des associations et des professionnels de santé, aucun décret d'application n'était paru. Le gouvernement annonce à présent cette mesure (comme si elle n'avait pas déjà été votée) dans le projet de loi de finances pour 2004, et le décret, qui serait en instance au Conseil d'État depuis octobre 2003, peut être publié à tout moment.

Troisième étape : une circulaire est annoncée qui restreindrait les conditions d'accès à l'AME. Déjà, en mai 2003, un projet de circulaire modifiant les conditions d'accès à l'AME avait été proposé par le ministère des Affaires sociales ; il visait à instaurer l'obligation de « prouver » si manque de ressources, d'avoir des justificatifs de fin de location dans le pays d'origine, et toute aide (hébergement, repas gratuits) devait désormais être comptabilisée comme ressource. Le tollé des associations et une lettre ouverte au Président de la République avaient fait reculer ce projet : pour combien de temps encore ?

Une pétition, lancée par Médecins du monde et Médecins sans frontières, pour éviter les 2 dernières étapes et faire revenir le gouvernement sur la suppression de l'admission immédiate, circule actuellement (www.medecinsdu monde.org)

De quels coûts parle-t-on ?

Selon le gouvernement, le coût annuel de l'AME serait de 600 millions d'euros. En réalité, les seuls chiffres disponibles, établis par l'IGAS³, sont, de l'aveu même des auteurs, peu fiables. Les inspecteurs ont dû procéder à des projections basées sur des courbes d'évolution sans posséder de bases précises et récentes de recueil des coûts. De fait, en année pleine, le chiffre avancé de 600 millions d'euros inclut à hauteur de près de 50 % des dépenses effectuées les années précédentes. De plus, ce chiffre inclut des dépenses qui concernent en réalité des personnes qui ne devraient pas relever de l'AME :

- les demandeurs d'asile sont bien souvent renvoyés vers l'AME au lieu de la CMU ; le rapport de l'IGAS indique pourtant qu'une grande partie des coûts de l'AME seraient liés au VIH ; dans ce cas, les personnes concernées devraient bénéficier de la CMU, puisqu'ils ont droit à une carte de séjour pour raisons médicales ;
- les interruptions de grossesse anonymes et les naissances sous x seraient souvent imputées en AME par simple facilité comptable pour les hôpitaux ;
- les personnalités étrangères accueillies par le corps diplomatique français et soignées en France bénéficient de l'aide médicale humanitaire, payée elle aussi par le dispositif AME. Peut-on donc parler de « dérapage » pour des dépenses qui sont de fait mal évaluées ? De surcroît, rappelons que ces dépenses, dans la mesure où aucun soignant ne refuserait de soigner un patient du fait de son absence de couverture maladie, seront, même en cas de restriction de l'AME, prises en charge par la collectivité ; mais, en lieu et place de la transparence du dispositif AME, on verra s'accumuler les « impayés » hospitaliers. Enfin, le retard dans la prise en charge de la prévention et des soins entraîné par une restriction de l'AME entraînera un surcoût financier à terme (hospita-

talisation au lieu de traitements ambulatoires, hospitalisations plus longues, traitements plus importants...).

La CMU préservée... pour combien de temps ?

La CMU est pour l'instant relativement préservée. En 2002, le gouvernement a grignoté quelques euros en reculant de quelques semaines l'accès aux prestations de la CMU. La même année, le Parlement avait proposé de prendre pour référence dans le calcul des revenus des candidats à la CMU non plus les douze derniers mois, mais l'année fiscale antérieure – ce qui, compte tenu des fréquents changements de ressources des travailleurs précaires, n'aurait pas reflété la situation réelle des intéressés. La mesure n'a pas encore été appliquée, mais la plus grande vigilance est nécessaire. Surtout, en décembre 2003, une nouvelle disposition a été annoncée qui pourrait avoir de graves conséquences : le remboursement par l'État des dépenses engagées pour la CMU par les CPAM, qui reçoivent 85 % des bénéficiaires de la CMU complémentaire, ne sera plus intégral mais sera calculé sur une base forfaitaire. On arrivera sans nul doute à un coût excédentaire pour la CNAM : qui prendra celui-ci en charge ?

Quel droit au séjour pour raisons médicales ?

Plusieurs refus de carte de séjour pour des personnes vivant avec le VIH ont été enregistrés fin 2003⁴, au prétexte qu'ils auraient un « accès effectif aux soins dans leur pays d'origine » (voir l'article de A. Veïsse p. 36). Depuis que le dispositif existe, nombreuses ont été les tentatives de restrictions, l'idée étant de dresser, pour chaque pays, une liste des pathologies pour lesquelles le traitement est inaccessible. Ce système a toutefois été refusé car inopérant : à partir de combien de malades traités pour une pathologie donnée considèrera-t-on que le pays propose une prise en charge suffisante ?

Répondre aux menaces sur l'accès aux soins des plus démunis

Les arguments avancés pour restreindre l'accès gratuit aux soins sont toujours les mêmes : il y aurait des fraudeurs, et les dispositifs coûtent cher. Mais comment peut-il y avoir des fraudeurs ? Qui ferait semblant d'être malade pour avoir accès aux soins ?

Nous avançons ici trois raisons fondamentales de renforcer l'accès aux soins des plus précaires :

– renforcer l'accès à la prévention et aux soins précoces permet de véritables économies ; les études actuelles sur la CMU le prouvent ;

– favoriser l'accès à la prévention et aux soins des plus précaires est une nécessité de la politique de santé publique ; que se passerait-il si une épidémie de type SRAS se répandait sans que les plus précaires aient accès au dépistage et à la prise en charge ?

– universaliser l'accès à la prévention et aux soins est une nécessité en vertu des droits fondamentaux de la personne ; écarter de notre système de santé, repousser en dehors

de la société des femmes, des hommes et des enfants qui ne demandent qu'à vivre dignement, c'est s'attaquer aux pauvres et non à la pauvreté ; c'est les pénaliser pour une carence qui est d'abord celle de l'État.

Pour ces trois raisons, il faut étendre l'accès gratuit aux soins à toutes les personnes qui seraient conduites à y renoncer du fait de leurs ressources financières : cela concerne les 17 % de la population française qui ont des revenus inférieurs à 700 euros par mois. Enfin, il faut rendre la CMU véritablement universelle en y incluant les bénéficiaires de l'AME. Voilà des décisions politiquement et médicalement responsables. - **Nathalie Simonnot**

Il faut étendre l'accès gratuit aux soins à toutes les personnes qui seraient conduites à y renoncer du fait de leurs ressources financières : cela concerne les 17 % de la population française qui ont des revenus inférieurs à 700 euros par mois.

4 - Voir le communiqué de presse de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE) ; www.odse.eu.org

Les enjeux de la **communication** en direction des populations migrantes

43

Élodie Aïna Stanojevich,
Judith Cytrynowicz
Inpes (Paris)

Dans le cadre des campagnes de prévention de l'infection à VIH/sida, l'État a rapidement pris conscience de la nécessité de campagnes de communication ciblées, et déclinées avec des messages spécifiques en direction de certaines populations : les homosexuels masculins, les jeunes ou les femmes. Mais ce n'est qu'à la fin des années 1990 que les populations migrantes ont été perçues comme une cible spécifique des communications du VIH/sida.

Plusieurs pistes peuvent expliquer cette prise en compte tardive. Absence de données épidémiologiques, insuffisance de visibilité des associations communautaires, sentiment d'impuissance, nombreux ont été les arguments avancés par les différents acteurs. Les communicants avancent quant à eux une explication qui semblera pour certains un peu simple, mais qui n'en reste pas moins réelle : l'absence de savoir-faire. En effet, s'il n'y a eu que peu de difficultés à s'adresser à des communautés spécifiques disposant d'une vraie culture publicitaire, comme la communauté homosexuelle, le défi est tout autre quand il s'agit de s'adresser aux communautés migrantes vivant en France.

Comment mettre en place un dispositif de communication efficace en direction d'un public qui ne se perçoit pas forcément comme destinataire des messages généraux de santé ? Comment améliorer la réceptivité d'un public

qui considère souvent son état de santé comme secondaire par rapport aux divers problèmes administratifs, économiques et sociaux auxquels il est confronté au quotidien ? Comment aborder des sujets aussi tributaires des représentations culturelles que la sexualité, la maladie ou la mort ? Et surtout comment adresser un message unique à une population aussi hétérogène sur le plan culturel, social, économique et linguistique que celle que recouvre le terme « migrant » ?

L'autocensure des communicants

Considérant cette barrière constituée à la fois par la spécificité et l'hétérogénéité des communautés migrantes vivant en France, les actions de communication sont longtemps passées au second plan, derrière les actions de terrain, considérées comme la pierre angulaire de la politique de prévention en direction de ce public. Les actions de proximité permettent en effet de toucher au plus près les personnes concernées, notamment par des pairs qui bénéficient *a priori* d'un crédit de confiance et qui individualisent au mieux les messages délivrés. Outre son handicap avoué par rapport aux actions de terrain, les acteurs de la communi-

cation sur le sida se sont longtemps autocensurés, par peur d'un potentiel effet pervers majeur : la stigmatisation. Comment communiquer sur le VIH/sida en direction des migrants, comment donner une visibilité au public migrant afin qu'il puisse s'identifier, dans des médias où la diversité de la population française est par ailleurs si peu représentée ? Comment avoir une politique de prévention efficace tout en n'installant pas l'équation « étranger = sida » ?

44

L'alerte épidémiologique

À partir de 1999, l'Institut de veille sanitaire confirme les inquiétudes des associations en publiant un rapport détaillé sur la situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France¹. La nécessité d'actions spécifiques se fait alors plus pressante. Un programme de communication en direction des migrants se met en place progressivement, en s'appuyant essentiellement sur le renforcement de partenariats avec des radios communautaires, compromis qui avait l'avantage de délivrer des messages de prévention aussi affinés que possible tout en évitant une visibilité grand public, source potentielle de stigmatisation.

Les tendances épidémiologiques se confirment : certaines populations étrangères sont particulièrement touchées par le VIH/sida, les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, d'Afrique du Nord et d'Haïti. Ces migrants sont identifiés comme « groupe prioritaire » du programme national de prévention du VIH/sida pour les années 2001-2004². Les acteurs cherchent à approfondir leur connaissance de ce public particulier. Le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), devenu Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) redéfinit sa place sur l'échiquier de la prévention sida en direction des migrants.

La redéfinition de la place de la communication

Désormais, les pouvoirs publics donnent toute leur place aux actions de communication en direction des migrants, sans pour autant délaisser le travail de proximité. Le programme de communication sur le sida en direction des migrants doit tout d'abord assurer aux asso-

ciations une visibilité médiatique dont l'objectif est triple : permettre au public de se sentir plus concerné par les recommandations émises par les pouvoirs publics, renforcer la légitimité des messages émanant de la communauté, et permettre d'impulser de nouvelles actions en valorisant ce qui se fait déjà. Le programme de communication veille à associer également les acteurs associatifs et les pairs des communautés concernées, à travers la mise en place de groupes de travail en amont de la réalisation des actions. Enfin, tous les outils audio, vidéo, et hors médias (brochure, dépliant) sont mis à disposition des acteurs de terrain pour leur permettre une réutilisation dans le cadre de leurs actions.

Des ressorts mieux connus et des supports plus adaptés

Les études et recherches et les remontées du terrain ont permis de renforcer les connaissances sur les perceptions du VIH/sida et les comportements de prévention des migrants. Elles ont permis d'élaborer une stratégie de communication plus spécifique, tant en termes de contenu que de moyens.

Pour faire émerger la problématique du sida dans un contexte de déni et de tabou, les actions d'information et de prévention du VIH/sida doivent investir un maximum de supports, et profiter notamment des fêtes communautaires et des grands rassemblements (Coupe d'Afrique des Nations, 1^{er} décembre, voire Ramadan). Des actions hors médias (brochures, dépliants...) peuvent également être conçues en direction de ces populations, en veillant à ce que les messages soient simples et concrets. L'étude Sorgem a en effet mis en évidence le fait que, pour favoriser l'accès aux documents, les illustrations doivent prévaloir sur le texte. La traduction des textes en un maximum de langues est primordiale mais pour autant insuffisante : les difficultés de lecture peuvent rendre les documents inaccessibles à de nombreuses personnes. L'audiovisuel reste donc le média privilégié.

La radio a été explorée très tôt pour communiquer en direction des populations migrantes sur le VIH/sida. Ce média permet de bien cibler les populations via des radios communautaires, et

1 - Institut de veille sanitaire. Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France, Saint-Maurice, France, Avril 1999 ; 16 pages.

2 - Direction générale de la santé. Stratégie de prévention de l'infection VIH/sida en France pour les années 2001-2004, Juin 2001 ; 39 pages.

de renvoyer à des ressources utiles de proximité. La radio offre également la possibilité d'explorer différentes possibilités créatives, notamment le recours à la fiction ou à des émissions interactives avec les auditeurs.

La télévision apparaît cependant essentielle pour renforcer l'impact des messages auprès de ces populations. L'Inpes a ainsi réalisé un certain nombre de fictions sous forme de films courts diffusés sur des chaînes communau-

taires. Les programmes sont souvent construits autour d'un personnage de confiance, comme par exemple la figure du « grand frère » dans la communauté subsaharienne, qui légitime l'information délivrée sur la maladie. Le réalisme de l'histoire et des lieux, les récits de vie, et l'humour désamorçant les comportements négatifs, aident les destinataires des messages à s'identifier aux personnages et aux récits.

D'une manière générale, il apparaît essentiel

Modes et ressources d'information des migrants

La prise de conscience d'une nécessité de communiquer de manière prioritaire en direction des migrants a conduit l'Inpes à lancer deux études pour mieux connaître ces populations, dont l'une, menée par l'institut Sorgem en 2002, portait sur les modes et les sources d'information concernant le VIH/sida des migrants issus des pays d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie du Sud/Sud-est, et d'Europe de l'Est.

Il ressort de cette étude que les populations interrogées ont d'une manière générale une connaissance floue et parcellaire du virus et de la maladie. Les modes de contamination sont acquis de manière très inégale, la période de séropositivité asymptomatique est mal comprise et l'existence de traitements est très souvent méconnue. Les acteurs impliqués dans la communication sur le sida auprès des migrants doivent donc veiller à adopter une approche informative et pédagogique pour améliorer le niveau de connaissance sur la maladie de ces populations.

L'étude montre aussi que dans le regard collectif, le sida concerne avant tout des personnes ayant des pratiques sexuelles contraires à une culture traditionnelle ou ayant une vie aux « mœurs dissolues » (les toxicomanes, les homosexuels ou les prostituées). Le sida est avant tout considéré comme la « maladie des autres », d'où la mise à distance du risque pour soi et l'inutilité supposée d'adopter des comportements préventifs. Un enjeu fort de la communication sur le sida en direction de ces publics est donc d'initier un changement de regard sur le VIH.

Par ailleurs, les personnes interrogées pensent généralement le risque en fonction du nombre de relations sexuelles que le partenaire a eues avant. Certaines personnes s'imaginent ne pas prendre de risque avec des personnes issues de leur communauté, de leur milieu social, avec des « gens éduqués », « sérieux » ou « beaux ». Des actions de communication doivent être menées pour clarifier la notion de prise de risque et promouvoir les préservatifs comme unique moyen de se protéger dans une relation où le statut sérologique du partenaire n'est pas connu.

Enfin, il ressort des interviews la forte emprise d'un discours moral sur le VIH/sida, qui génère un phénomène d'exclusion des personnes atteintes. Or la peur de l'exclusion peut constituer un frein à l'adoption de comportements préventifs, notamment au dépistage. La promotion de comportements solidaires à l'égard des personnes atteintes doit donc constituer une part importante du programme de communication, pour atténuer les enjeux sociaux liés aux résultats du test.

Institut Sorgem pour le CFES, *Etude qualitative exploratoire sur les modes et les sources d'information des migrants issus des pays d'Afrique subsaharienne, du Maghreb, d'Asie du Sud / Sud-est, d'Europe de l'est concernant le VIH/sida* (2002). L'étude a été réalisée à partir de 50 entretiens individuels semi-directifs approfondis de 2-3 heures auprès de migrants originaires de différents pays et de 16 réunions de 3 heures réunissant 2 à 3 personnes de même région ou pays d'origine, de même tranche d'âge et de même sexe.

Les entretiens individuels ont porté davantage sur les représentations, les pratiques, les opinions, les connaissances. Les groupes ont concerné davantage la perception des communications et modes d'informations attendus

d'impliquer des personnes issues des communautés migrantes dans le processus d'élaboration d'une action de communication en direction des migrants sur le sida. Le fait qu'un film de prévention en direction d'une communauté soit *a minima* écrit, réalisé et joué par des personnes issues de cette même communauté est une condition *sine qua non* de la justesse du ton des messages délivrés. Cette démarche prévient les erreurs générées par une approche nourrie d'images fantasmées et projetées sur ces communautés et par une réappropriation approximative de codes culturels qui nous sont étrangers.

Vers les médias grand public ?

En 2002, l'Inpes a réalisé une étude sur la consommation de médias des migrants d'Afrique subsaharienne³. Elle mis en évidence le fait que la consommation de télévision de cette population était sensiblement la même que celle de la moyenne des Français : c'est le média le plus consommé et les chaînes françaises hertziennes les plus regardées sont TF1, puis France 2 et France 3, et ce aux heures de grande écoute.

S'appuyant sur ces données, l'Inpes a ainsi réorienté sa stratégie de communication en direction des migrants. La campagne publicitaire généraliste de décembre 2002 sur le dépistage « *sida : le test, c'est important de savoir* » a fait pour la première fois l'objet d'une déclinaison en direction des migrants originaires d'Afrique. De façon inédite, les pouvoirs publics se sont adressés aux migrants en les mettant en scène, sur un média de masse et dans le cadre d'un plan média très conséquent. Loin du spectre de la stigmatisation et de l'amalgame entre étranger et contamination qui avait paralysé la communication sur le sida auprès des migrants, les résultats du post-test de cette campagne auprès des migrants d'Afrique subsaharienne sont encourageants⁴. Le spot le plus reconnu par les migrants interrogés est le spot qui leur était destiné : 69 % de reconnaissance contre 29 % pour le spot s'adressant aux hétérosexuels et 24 % pour le spot s'adressant aux homosexuels. La campagne recueille des scores d'agrément élevés auprès des migrants africains : 85 % d'entre eux

l'ont « aimée » et 51 % l'ont « vraiment aimée ». La campagne a été appréciée pour son ton jugé juste par 72 % des migrants interrogés. Ils sont plus nombreux que les homosexuels (55 %) et surtout le grand public (53 %), a s'être identifiés aux personnages des spots (59 %) et notamment du spot en direction des migrants (63 %).

Communiquer sur la prévention du VIH en direction des migrants sur des médias grand public sans les stigmatiser apparaît donc possible. Néanmoins, le format publicitaire reste un format peu adapté aux populations migrantes parce qu'il exclut *a priori* toute approche informative et pédagogique, enjeu majeur de la communication VIH en direction des migrants. Le défi dont les communicants doivent désormais se saisir est donc de s'adresser aux migrants sur des chaînes grand public, à des heures de grande écoute, dans des programmes autres que publicitaires. La communication devra alors se livrer à un délicat exercice d'équilibre entre une approche communautaire qui permette l'identification, un discours sur le VIH qui évite l'écueil de la stigmatisation, et une cohérence avec la ligne éditoriale des chaînes grand public qui garantisse la diffusion. - **Elodie Aïna Stanojevich, Judith Cytrynowicz**

3 - Institut BVA pour le CFES, Enquête quantitative sur les habitudes médias et les lieux de fréquentation par les migrants d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France (2002). L'étude a été réalisée auprès de 610 personnes venues d'un pays d'Afrique subsaharienne, vivant depuis l'âge de 15 ans en France et âgées de 15 à 55 ans. Les interviews en face à face ont été réalisés par des enquêteurs recrutés spécifiquement pour l'étude et issus des principales communautés subsahariennes vivant en France. Les interviews se sont déroulés dans des foyers, des associations, des PMI, des centres de soins, des marchés, des gares, des sorties de métro à Paris intra-muros, en petite couronne et en grande couronne.

4 - Institut BVA pour l'INPES, Posttest de la campagne télévisée « *sida : le test, c'est important de savoir* » décembre 2002. Enquête en population auprès des migrants d'Afrique subsaharienne. L'enquête a été réalisée en face à face sur sites auprès d'un échantillon de 327 personnes originaires d'Afrique subsaharienne résidants en Ile de France et âgées d'au moins 15 ans.