

décembre 1996

Vingt-sixième rencontre du CRIPS**Prévention du VIH auprès des migrants**

Le CRIPS Ile-de-France a pris l'initiative d'organiser cette deuxième rencontre* sur le thème "Prévention du VIH auprès des migrants ?" afin de faire le point sur différentes actions en cours. Cette rencontre fait suite à une première journée qui s'était tenue en 1989 (voir Lettre du CRIPS n°10, juillet 1990). Elle s'inscrit dans le développement des actions du CRIPS en direction des populations d'origine étrangère, que ce soit "ici ou là-bas", avec la création du Pôle Afrique / Migrants.

Loin de balayer tous les aspects de cette problématique, cette réunion a permis au Docteur Florence LOT du Réseau National de Santé Publique, de présenter des chiffres jusqu'à maintenant relativement confidentiels sur les cas de sida chez les personnes d'origine étrangère et d'entamer une discussion sur les renseignements et conclusions qu' ils peuvent apporter.

Ont été exposées ensuite les méthodes d'action de prévention utilisées dans diverses associations par :

Madame Claude GUILLON de la Cité Saint Martin

Docteur Kemal CHERABI d'Arcat-Sida

Docteur Ciellà VELLUET du GRDR (Groupe de Recherche et de Réalisation
pour le Développement Rural dans le tiers-monde)

Monsieur Clément DABLE de Sid'Afrique.

Ces expériences permettent d'envisager quatre pratiques, particulières dans leur approche mais aussi par les personnes auxquelles elles s'adressent,

puisqu' originaires des Caraïbes, de l'Afrique Centrale, de l'Afrique de l'Ouest et du Maghreb.

Enfin le Docteur Abdon GOUDJO du Réseau Ville Hôpital AVH 78 a développé les problématiques et les cadres qui lient prévention et prise en charge en France dans nos différentes institutions, pour cette question de la prévention du VIH auprès des migrants.

- [La situation du sida dans la population étrangère en France](#)
- [La prévention auprès des Haïtiens et des Zaïrois de la Cité Saint Martin](#)
- [Enjeux et difficultés soulevés par le sida dans le milieu arabo-musulman](#)
- [Les difficultés que rencontrent les migrants](#)
- [L'approche préventive de Sid'Afrique](#)
- [Prévention et prise en charge de l'infection à VIH chez les migrants d'Afrique Subsaharienne](#)
- [Questions de la salle](#)

* 23 novembre 1996

Les rencontres du CRIPS sont organisées avec le soutien de la Direction Régionale des affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France

Ont collaboré à ce numéro :

Didier Jayle - Antonio Ugidos - Claudine Vallauri - Emmanuel Ricard - Bénédicte Astier
- Gilles Lockhart

décembre 1996

Vingt-sixième rencontre du CRIPS
Prévention du VIH auprès des migrants

La situation du sida dans la population étrangère en France

Florence LOT, Réseau National de Santé Publique

Voici les données issues de la surveillance du Sida chez les étrangers domiciliés en France. Sur la fiche de déclaration d'un cas de Sida figurent entre autres informations : la nationalité du patient et son lieu de domicile. Aussi ce que je vais vous présenter concerne-t-il les gens de nationalité étrangère qui sont domiciliés en France, et je parlerai de populations étrangères et non pas immigrées, de nationalités et non pas d'origines géographiques.

Au 30 septembre 1996, parmi l'ensemble des cas de Sida déclarés en France chez des sujets domiciliés en France, environ 6000 ont été diagnostiqués chez des sujets de nationalité étrangère, ce qui représente à peu près 14% du total des cas de Sida déclarés. Le tableau indique la répartition par nationalités.

Répartition des cas de sida diagnostiqués chez des personnes de nationalité étrangère domiciliées en France

Nationalités	Nbre	%
Afrique du Nord	1385	23,5

dont: Algérie	878	
Maroc	336	
Tunisie	162	
Afrique Subsaharienne	1773	30,1
dont: Afrique centrale	1034	
Afrique de l'Ouest	636	
Amérique	1306	22,2
dont: Haïti	792	
Etats-Unis	149	
Brésil	109	
Asie	247	4,2
Europe	1170	19,8
dont: Espagne	290	
Portugal	270	
Italie	245	
Autres	15	0,2
Total	5896	100

La proportion d'étrangers parmi l'ensemble des cas de Sida est stable au cours du temps, entre 13% et 14 %. Par contre, au sein de cette population étrangère, la part des sujets ayant comme nationalité celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne augmente, passant de 20 % en 1989 à 37 % en 1995 ; à l'inverse, la part des sujets de nationalité européenne diminue.

Caractéristiques épidémiologiques par sexe et par âge :

Le pourcentage de femmes parmi les Africains (du sud-Sahara) ou les Haïtiens est proche de 40 %, alors qu'il est voisin de 15 % pour les autres étrangers. La population étrangère atteinte de Sida est globalement du même âge que la population française atteinte de Sida, seules les personnes ayant pour nationalité celle d'un pays d'Afrique sub-saharienne sont plus jeunes (32,8 ans, versus 36,9 ans).

Les modes de contamination :

Le mode de contamination des sujets de nationalité maghrébine est surtout la toxicomanie (45 % des cas), mais il reste inconnu dans 13 % des cas. Chez les sujets africains (hors Maghreb), la transmission hétérosexuelle est majoritaire. Pour les sujets ayant pour nationalité celle d'un pays du continent américain, la transmission est avant tout sexuelle (hétérosexuelle dans 59 % des cas et homosexuelle dans 30 %). Enfin, le mode de contamination des sujets européens ressemble plus à celui des sujets de nationalité française (homosexualité dans 42 %, toxicomanie dans 35 % et hétérosexualité dans 11 % des cas).

Les pathologies :

Les étrangers atteints de sida présentent certaines pathologies de façon plus fréquente que les sujets de nationalité française. Il s'agit principalement des atteintes suivantes : la tuberculose (pulmonaire ou extra pulmonaire), l'isosporidiose et la cryptococcose (chez les Africains surtout). A l'inverse, sont plus rares les pneumocystoses, le sarcome de Kaposi, la toxoplasmose cérébrale.

La découverte de la séropositivité :

Chez les personnes de nationalité étrangère, la découverte de la séropositivité est souvent contemporaine de la première infection opportuniste (pour 40 % d'entre eux), en particulier chez les Africains et les Haïtiens pour lesquels respectivement 52 % et 50 % des cas de sida sont diagnostiqués alors que la séropositivité pour le VIH n'est pas connue. Chez 40 % des Asiatiques, 31 % des Maghrébins et 26 % des Européens, le diagnostic de l'infection et du sida sont aussi concomitants. Rappelons que

pour les personnes de nationalité française domiciliées en France, seuls

20 % ignorent leur séropositivité au moment du diagnostic de sida.

Depuis janvier 1994, date depuis laquelle on dispose de l'information sur la connaissance de la séropositivité à l'entrée dans le sida, la part des sujets de nationalité française ne connaissant pas leur séropositivité au moment du diagnostic du sida est stable. Par contre, on observe une tendance à l'augmentation de cette méconnaissance au cours du temps chez les étrangers, et en particulier chez les Africains.

Pour les personnes étrangères ayant connaissance de leur séropositivité avant le sida, 41 % des Maghrébins, 37 % des Africains et 55 % des Haïtiens ne suivaient aucun traitement antirétroviral, versus 30 % chez les personnes de nationalité française.

En conclusion, la population étrangère vivant en France touchée par le sida présente des caractéristiques épidémiologiques et cliniques bien particulières. Il est frappant de constater à quel point l'accès au dépistage est tardif, et la prise en charge aléatoire.

décembre 1996

**Vingt-sixième rencontre du CRIPS
Prévention du VIH auprès des migrants**

La prévention auprès des Haïtiens et des Zaïrois de la Cité Saint Martin

Claude GUILLON, directrice adjointe de la Cité Saint Martin

Je vais vous présenter deux projets de prévention du sida que nous menons avec des populations étrangères vivant principalement en Ile-de-France : les Haïtiens et les Zaïrois. Ces projets sont intégrés au Service dit "le Village", de la Cité Saint Martin qui accueille depuis environ 3 ans, des malades du sida et leur famille dans des appartements de coordination thérapeutique. Un certain nombre de ces familles sont africaines, principalement zaïroises.

Déroulement du projet haïtien :

Le projet haïtien a démarré en 1995. Aucun des groupes n'étant disposé à se singulariser en décidant d'intervenir en tant que tel dans la communauté pour une démarche de prévention du sida, nous avons proposé aux plus motivés d'entre eux de constituer un comité de pilotage, sous l'égide de la Cité Saint Martin. L'appartenance de la Cité Saint Martin au Secours Catholique, et le fait que la communauté catholique haïtienne forme une entité unique, reconnue par l'Eglise de France, a sans doute facilité l'adhésion des responsables de cette communauté au projet. Son aumônier a même accepté qu'elle y soit représentée en tant que telle dans le comité de pilotage.

La multiplicité des groupes protestants a joué en sens inverse, aucun n'osant se mettre en avant plus que l'autre. L'association haïtienne (elle aussi d'obédience catholique) qui avait collaboré aux travaux préliminaires a accepté d'entrer dans le comité. Celui-ci s'est en outre élargi à des professionnels, haïtiens et français, compétents en matière de prévention ou d'immigration.

Grâce à l'appui de la DDASS de Paris et au soutien financier de la DGS, une coordinatrice haïtienne a été embauchée par la Cité pour animer les actions. Cette femme, enseignante à l'origine, a suivi une formation de base sur le sida puis une formation continue tout au long de l'année 1996.

La stratégie proposait trois phases :

- Une campagne de sensibilisation auprès des leaders religieux et associatifs de la communauté.
- Une évaluation de cette campagne et des formations de personnes relais provenant de ces groupes.
- Le suivi des actions de sensibilisation des personnes relais hors du groupe d'appartenance.

En un an, on est passé d'une absence complète de parole à un début de mobilisation communautaire sur la prévention. Une évaluation du travail aura lieu en 1997, afin de préciser la façon de poursuivre cette expérience.

Je dois mentionner que le comité de pilotage s'est beaucoup interrogé sur la spécificité de l'accompagnement médico-social pour les Haïtiens touchés par le VIH. Il a décidé d'interroger les services hospitaliers et les associations de lutte contre le sida qui reçoivent ces personnes, afin de clarifier les types de réponses qu'ils souhaiteraient voir mettre en place. Il semble que la constitution d'un réseau de professionnels haïtiens du secteur médical et social puisse répondre à cette interrogation.

Le déroulement du projet ZAC (Zaire - Angola - Congo) :

Lors des travaux préparatoires, nous avons repéré un groupe, dirigé par des Zaïrois et des Congolais, qui organisait un colloque à Paris sur le sida en

Afrique. Ce groupe, "Afrique-Avenir" est une émanation de la Mission Intérieure Luthérienne de France.

Outre une réflexion théologique, ce groupe développe des actions de lutte pour les Droits de l'Homme en Afrique et se montrait disposé à s'engager dans une démarche de prévention avec la communauté ZAC d'Ile-de-France. Nous avons signé un protocole d'accord : la Cité Saint Martin apportant les moyens matériels et financiers et sa méthodologie, Afrique-Avenir développant les actions auprès des Zaïrois.

Un groupe opérationnel de quatre Zaïrois a été constitué. Ces "agents de proximité" sont coordonnés par le responsable de l'atelier sida d'Afrique-Avenir. La stratégie d'ensemble des actions est similaire à celle qui a été adoptée avec les Haïtiens, mais les moyens utilisés sont adaptés aux spécificités zaïroises. Pour la phase de sensibilisation quatre types d'actions ont été menés depuis 6 mois. Du côté des églises zaïroises nous en sommes à des approches préliminaires.

Par ailleurs, comme pour le projet haïtien, une réflexion est en cours concernant les personnes malades.

décembre 1996

**Vingt-sixième rencontre du CRIPS
Prévention du VIH auprès des migrants**

Enjeux et difficultés soulevés par le sida dans le milieu arabo-musulman

Kemal CHERABI, médecin à Arcat-Sida Point S

Le travail que je vais vous présenter a été engagé à partir d'une demande de malades maghrébins qui se réfèrent à la culture musulmane et de manière générale à la culture arabe. Il s'agit de personnes qui viennent du Maroc, de Tunisie, d'Algérie, du Liban et d'autres pays arabes. Ces malades, en difficulté sur le plan socio-économique, se présentent souvent au Point Solidarité d'Arcat-Sida, et nous assurons une prise en charge sociale et un accompagnement sur le plan médical puisque beaucoup d'entre eux sont dans des situations de rupture de soins.

Ce sont des personnes, immigrées depuis de nombreuses années, dont la contamination s'est faite après leur arrivée en France. Il s'agit de travailleurs ou de personnes arrivées dans le cadre du regroupement familial et un certain nombre de jeunes vivent ici depuis de très nombreuses années. Certains sont de nationalité française, d'autres non.

Il nous a semblé important de nous intéresser à la trajectoire migratoire puisqu'elle détermine un peu leur attitude face à la question du sida telle que eux la vivent. Par exemple, les personnes venues dans le cadre du regroupement familial n'avaient pas de forte préoccupation du sida et n'avaient jamais imaginé pouvoir être contaminées par le VIH. On peut comprendre la lourdeur de la situation que ces personnes vont vivre quelques années après. On a observé aussi que plus la prévalence est faible dans le pays d'origine, plus le déni est important. Par exemple l'Algérie où la référence au sida se fait en disant que ça concerne les étrangers.

On a constaté aussi chez les populations migrantes qu'il fallait prendre en compte l'aspect de la vulnérabilité plutôt que les chiffres. On s'est demandé si c'était la situation épidémiologique qui allait déterminer notre engagement dans l'action ou nos rencontres avec un certain nombre de malades. On a vite opté pour la seconde démarche puisqu'elle part d'un vécu qui nous permet d'argumenter les choses lorsqu'on s'adresse à des leaders d'opinion dans la communauté arabo-musulmane.

Cette vulnérabilité qui touche ces personnes est aussi influencée par des facteurs socio-économiques et culturels. Le sida est perçu comme une maladie honteuse et les personnes touchées sont rejetées voire culpabilisées.

Pour les femmes et les jeunes filles, on a constaté une position de déni de l'entourage. L'isolement, la solitude et le manque de communication vont accroître la culpabilité des personnes. Lorsque les familles connaissent le statut sérologique, parfois elles vivent aussi le rejet, et parfois insistent pour que la cause du décès ne soit pas donnée au reste de la communauté. Il n'y a pas d'espace de parole sur cette question de la maladie.

La religion peut entraver la communication en apparaissant comme moralisante. La religion constitue souvent un recours, tant pour la famille que pour les personnes concernées, et ce sont elles qui m'ont demandé de faire un travail auprès des religieux afin qu'elles puissent trouver cet espace de recours.

Nous avons donc engagé tout un travail auprès des différentes mosquées, à commencer par la Grande Mosquée de Paris et celle du 19^e où nous avons reçu un accueil très favorable de la part du Recteur. On a décidé de faire deux conférences de sensibilisation auprès du public qui fréquente le Centre socio-culturel et la mosquée du 19^e, l'une portant sur les aspects généraux de l'infection à VIH, l'autre axée sur la vie quotidienne, sur les modes de transmission etc.

Compte tenu du succès de ces conférences, nous avons envisagé de faire des formations de relais-médiateurs. Une vingtaine de personnes se sont inscrites, uniquement des jeunes filles. Cette formation, qui a duré 10 jours, avait pour critères le volontariat et la pluridisciplinarité du niveau scolaire.

On a élaboré un recueil qualitatif des attentes des inscrites, qui nous a permis de comprendre leurs motivations. Tout au long de la formation nous avons travaillé sur la représentation de la maladie et l'enjeu que constitue le vécu d'une personne (aspects sociaux, éthiques, juridiques, la toxicomanie...). Tout ce travail a été relié avec ce qui est vécu en France

mais aussi dans les pays d'origine. Ces jeunes filles ont été incitées à se mettre en relation avec un réseau d'intervenants sanitaires et sociaux afin d'éviter les difficultés parfois rencontrées à orienter les personnes vers des structures de professionnels. Parfois le fait de ne pas savoir orienter peut provoquer des ruptures d'activité de ces personnes-relais.

L'idée est de travailler sur les questions de visibilité de ce phénomène afin d'accroître l'acceptabilité sociale. Il s'agit aussi de travailler avec les leaders religieux pour qu'ils soient une ouverture vers le public en ayant une crédibilité. Enfin, il s'agit de mettre à disposition des relais auprès des personnes dans les associations ou les structures hospitalières pour l'accompagnement de certaines familles.

décembre 1996

**Vingt-sixième rencontre du CRIPS
Prévention du VIH auprès des migrants**

Les difficultés que rencontrent les migrants

Ciellà VELLUET, médecin responsable du programme prévention au GRDR

Le GRDR travaille principalement en Mauritanie, au Sénégal et au Mali, avec les associations de migrants en termes d'appui technique à la fois en France et dans les villages d'origine. Nous avons aussi un groupe de réflexion sur la problématique migrants avec d'autres associations telles que Medicus Mundi et Uraca, autour de la Charte Santé, et nous travaillons aussi avec les institutionnels.

Les problèmes généraux auxquels sont confrontés les migrants sont liés à leur situation de marginalisation tant culturelle que sociale, économique, civique et politique, tous facteurs liés.

Questions d'accès aux soins et de demandes vis à vis des services socio-sanitaires :

L'investissement par les migrants des structures socio-sanitaires est d'autant moins important que s'ajoute à leur situation de précarité socio-professionnelle une précarité juridique. Ainsi, l'établissement ou le renouvellement de la carte de séjour est de plus en plus difficile, compte tenu des politiques européennes en matière de migration. Or la carte de séjour conditionne l'accès à un permis de travail, ce dernier conditionnant l'accès à une carte de sécurité sociale, en France en tout cas. Par ailleurs, le

renforcement du contrôle social, son argumentation et son utilisation politiques, comme les moyens policiers mis en œuvre, renforcent une forme de repli des migrants sur leurs besoins vitaux, limités par eux au court terme, au travail et au logement et non à la santé.

L'investissement est aussi moindre du fait des distorsions socio-culturelles - problèmes de langues, non communément partagées, ainsi que des codes, valeurs et modes de représentations qui leur sont liés, du fait de la méconnaissance et de l'incompréhension réciproques - de la part des migrants, face au mode de fonctionnement des structures et des personnels socio-sanitaires du pays hôte, de la part des "professionnels", face aux réactions, aux réserves et aux modes d'organisation propres aux migrants, lorsque ceux-là ne sont pas atomisés. L'intégration, la formation et la valorisation des expériences des personnes issues de ces groupes, au sein des équipes socio-sanitaires, peuvent constituer des facteurs pour une meilleure approche culturelle.

Enfin, la méconnaissance par une large majorité de migrants de leurs droits dans le pays hôte et le manque d'informations explicites sur ce sujet, ne facilitent pas leur demande dans le domaine socio-sanitaire.

Questions d'"offres" des services socio-sanitaires :

Les services socio-sanitaires sont inadaptés face à l'organisation symbolique, cognitive - représentations, interprétations, perceptions... - propre aux différents migrants, autour de la personne, du corps, des symptômes, des maladies, des maux ou malheurs, du sang, de la sexualité et de la mort. Cette organisation détermine aussi les pratiques - variables encore en fonction du groupe social, du sexe et de l'âge - de même que les formes de recours à ces services.

Le système socio-sanitaire de type occidental, dans l'"offre" socio-sanitaire proposée y compris aux "Français-Français", fait peu de cas de ces différentes composantes, de type anthropologique. Il ne prend pas assez en compte la personne, sa personnalité, son intégrité, sa pluralité, son histoire, ses références socio-culturelles, son environnement et sa nécessaire implication dans toute démarche à visée prophylactique ou thérapeutique, en dehors de pratiques peu répandues dites d'ethno-psychiatrie.

L'ensemble de ces éléments sont généralement considérés comme des facteurs d'interférence négative alors qu'ils pourraient être mobilisés pour une transformation dynamique de l'"offre" des services socio-sanitaires et de

leur orientation. Trop souvent les structures induisent des attitudes d'assistés et des parcours institutionnalisant, créant des problèmes sociaux additionnels. La démarche des intervenants dans le champ socio-sanitaire et des professionnels nie, voire invalide, la recherche de sens au-delà du symptôme et de l'explication docte de la maladie. La formation initiale et continue des intervenants dans le champ socio-sanitaire devrait comprendre une approche anthropologique et éthique.

Questions de pratiques sexuelles :

Le sida touche aux ambivalences de la symbolique du sang, aux rapport de "genre" et aux pratiques et comportements sexuels, souvent tabous même dans son exercice "banal" ou dans celui lié à la procréation. La bisexualité et les rapports anaux constituent des exemples frappants de comportements faisant l'objet d'une dénégation et d'une négation - et donc d'une grave mésestimation en terme d'analyse épidémiologique et d'élaboration conséquemment de programmes de prévention, ce jusqu'à une période récente - parce que non "sacralisés", non reconnus dans les modèles dominants affichés.

La difficulté que rencontrent les couples, les parents et les enfants à parler de sexualité se retrouve dans toutes les communautés ou les sociétés, a fortiori si elles ont à faire face à des problèmes qu'elles estiment autrement plus aigus.

La place des femmes - encore plus problématique parmi la majorité des migrants, et aggravée par cette migration même, compte tenu des situations et réactions liées notamment au fait minoritaire, au fait religieux, au fait "identitaire", à la précarité, aux multiples problèmes d'"intégration" - constitue un problème majeur pour toute dynamique de prévention. Il s'agit de développer des actions en direction des hommes, des maris comme des femmes pour une "négociation" autour des pratiques sexuelles et de l'utilisation des préservatifs. Dans ce cadre, une production et une diffusion massive de préservatifs féminins adaptés s'imposent.

Les campagnes dites d'information ou de sensibilisation, élaborées en dehors des groupes cibles, ainsi que les discours et pratiques des intervenants dans la sphère socio-sanitaire sont encore trop souvent sur des modes impératif, vertical, volontariste, moralisateur, normatif, scientiste, de type discriminatoire ou encore fondés sur la culpabilisation, plus propres à favoriser le repli, voire le refus qu'une compréhension ou une responsabilisation quelconque. Partir des préoccupations immédiates des

migrants et arriver dans ce cadre à aborder les questions de vie, de santé dont le sida, semble plus pertinent et même réaliste.

Lors du 4ème Colloque européen sur "Migration et sida" qui s'est tenu à Barcelone en octobre 1996, et a réuni 80 participants de 16 pays, ces différents points ont pu être abordés très diversement et ont abouti à une série de recommandations qui seront publiées d'ici le mois de février 1997 par l'organisme European Project "AIDS and Mobility".

décembre 1996

**Vingt-sixième rencontre du CRIPS
Prévention du VIH auprès des migrants**

L'approche préventive de Sid'Afrique

Clément DABLE, fondateur de l'association Sid'Afrique

Nous travaillons essentiellement dans les foyers ADEF (Association pour le Développement des Foyers) à Paris et en Ile-de-France dans les milieux africains. Nous menons une expérience un peu particulière par rapport aux occupants de ces foyers dont les 3/4 sont d'origine malienne, sénégalaise ou provenant de l'Afrique de l'Ouest. Ils viennent principalement des villages et je connais bien leur culture étant moi-même originaire de la Côte d'Ivoire. Je pense que tous les efforts qui ont été faits ne sont pas efficaces parce que les plaquettes d'information sont en Français. Donc il faut qu'il y ait une autre approche technique auprès des villageois.

Nous les approchons de deux manières. Quelquefois nous allons chez eux tard le soir pour pouvoir les convaincre car certains ne font plus confiance aux Européens compte tenu d'un certain nombre de considérations. On se rend compte que la prostitution est présente dans les foyers où ces hommes sont souvent seuls, ayant laissé leur femme au pays depuis deux ou trois ans.

Nous travaillons avec deux types d'outils : des films vidéo africains que nous projetons lors de nos conférences, et des affiches. Certaines posent problème aux musulmans si on voit un couple qui s'embrasse par exemple, et il faut tenir compte de ces considérations.

Nous incitons au port du préservatif et nous remercions la DGS qui nous a aidé à faire un travail considérable. Il est très difficile d'aborder les musulmans en leur disant de mettre le préservatif. Nous leur indiquons que c'est un moyen de prévention pour protéger sa femme, son amie... Il y a toute une culture à respecter. Dans les villages les gens sont moins informés, donc nous faisons de l'information, de la prévention et de la

sensibilisation. Après une première séance de sensibilisation, nous repassons le lendemain et là ils prennent les préservatifs.

Nous constatons aussi que les gens qui sont en situation irrégulière ont peur d'aller dans les hôpitaux et viennent dans notre association pour nous exposer leurs problèmes. Les personnes malades ont peur d'aller dans les hôpitaux, ou bien elles interrompent les rendez-vous. Donc il y a un problème d'incitation, de motivation et de civilisation. Le milieu essentiellement noir a des problèmes de communication et nous faisons souvent le lien entre ces personnes et l'hôpital.

Notre association est jeune et a peu d'expérience mais la petite expérience que nous avons se situe par rapport aux foyers, aux situations irrégulières, et aux approches culturelles.

**Vingt-sixième rencontre du CRIPS
Prévention du VIH auprès des migrants**

Prévention et prise en charge de l'infection à VIH chez les migrants d'Afrique Subsaharienne

**Abdon GOUDJO,
médecin au C.H.G. de St-Germain-en-Laye,
Réseau Ville Hôpital AVH 78**

Avant d'aborder les questions relatives à la prévention et à la prise en charge du VIH des migrants touchés par le VIH, il m'a semblé indispensable de porter un regard rapide sur la question préalable du sens des soins : je m'inspire dans cette intervention du travail d'un anthropologue, Damien Rwegera de l'OPALS (Organisation Panafricaine de Lutte contre le sida).

Cette recherche de sens du soin reçu est fort importante pour tout patient. Elle prend un relief plus conséquent quand on vient d'un pays étranger, qu'on a une culture différente, qu'on ne maîtrise pas parfaitement la langue du pays d'accueil et que l'on vient d'une région sous-médicalisée.

Les médecines traditionnelles ont une recherche impérative du sens donné, que ce soit à l'évènement-maladie, à la souffrance, au mal-vivre, etc. Dans un deuxième temps, elles administrent des soins au corps suivant une gestuelle particulière. En revanche, la médecine moderne, à prétention scientifique, recherche d'abord la chose exacte (diagnostic, coupure, section, ablation d'organes, etc.) et administre ses soins en conséquence. Mais qu'en est-il du sens donné à ces soins, à ces gestes ?

Cette quête de sens constitue un premier malentendu entre le soin tel qu'il est espéré par le migrant venant d'une région sous-médicalisée et le tissu sanitaire dense et efficace de la France.

Là-dessus, se greffent quelques grands problèmes "objectifs" rencontrés par le migrant en matière de santé en France : accès aux soins et à la qualité des soins, mais aussi accès aux droits sociaux, aux actions de prévention, à la prise en charge médicale et sociale...

Qu'en est-il, une fois posées ces questions, du constat de santé publique sur les populations migrantes confrontées au VIH ?

Si l'on se réfère aux concepts de Médecine tropicale concernant les pathologies des migrants, on peut essayer d'inscrire les situations épidémiologiques des migrants confrontés au VIH, dans trois grands ensembles nosographiques permettant de comprendre les éléments cliniques observés ou rapportés :

- Une pathologie d'importation, où le migrant vient en France déjà porteur du VIH. Dans ce cas, le mode de contamination hétérosexuel prédomine, la contamination mère-enfant est plus importante, d'autres MST se greffent sur le VIH et les tableaux cliniques sont différents de ceux observés en France (tuberculose). Les représentations sociales de la maladie sont liées aux approches culturelles de la personne. Celle-ci recherche, par exemple, parfois l'infection à VIH sur un mode persécutif "quelqu'un au village a voulu me faire mal..." et le recours au tradipraticien est fréquent.
- Une pathologie d'acquisition, liée à l'immersion du migrant dans un monde socialement et culturellement nouveau. Le cadre est alors celui de la misère sexuelle (prostitution), de la promiscuité dans les foyers, de la solitude. La résistance à l'usage des préservatifs est notable.
- Une pathologie d'adaptation, où les aspects épidémiologiques rejoignent progressivement ceux du pays d'accueil, même s'il persiste toujours quelques spécificités, telle que la toxicomanie intra-veineuse, sans oublier le tabou plus important autour de l'homosexualité... même si elle existe.

Dès lors, quelles sont les interventions ?

Les objectifs tiennent en une phrase : "Mettre en évidence les blocages d'accès aux soins et à la prévention des migrants en situation de précarité et tenter d'y remédier."

- Les interventions concernant la prise en charge se servent de l'ensemble du dispositif légal d'accès aux soins :

- Lois sur le RMI dans son volet accès aux soins (carte santé...).

- Circulaire N°33-93 du 17 septembre 1993 du Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, concernant l'accès aux soins des personnes les plus démunies.

- Circulaire N°95-16 du 8 mai 1995 du Ministère des Affaires sociales de la Santé et de la Ville, relative à l'aide sociale des étrangers résidant en France.

- Les interventions font appel aux professionnels médicaux-sociaux.

- Elle s'appuie sur le formidable tissu associatif de solidarité existant en France.

Quelles sont les actions de prévention ?

Elles ne concernent que les populations de migrants les plus installées ou les moins précarisées : celles qui, soit résident en foyer SONACOTRA, soit sont organisées en associations communautaires ou gravitent autour de structures associatives telles que le GRDR, l'Uraca, Migrations Santé par exemple.

Une action à mettre en lumière et à laquelle je participe de façon très active, est celle menée par le Docteur Brigitte Quenum à Medicus Mundi, auprès d'étudiants et de stagiaires d'Afrique sub-saharienne souhaitant recevoir une formation sur le VIH et voulant s'impliquer dans des initiatives locales au retour dans leurs pays.

Les limites des actions de prise en charge et de prévention :

Pour toutes ces actions, manquent des outils pédagogiques. Nous pouvons

compter cependant sur la mallette de l'OPALS, le flanellogramme et l'imagier selon la méthode GRAPP du GRDR/ Medicus Mundi, les documents pédagogiques de Migrations Santé ou quelques rares cassettes vidéo, telle "Joli cœur".

Par ailleurs, ces actions sont parsemées d'écueils qui limitent la continuité d'une prise en charge et rendent caduques les principales initiatives de prévention.

Sans en faire la liste exhaustive, il convient de retenir :

- Les lois dites "Pasqua", sur les conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France?.
- Les APS (Autorisation de séjour pour soins) délivrées au compte-gouttes et ne permettant pas de travailler.
- Les pièges des autorisations de séjour pour soins quand cela concerne des affections curables comme la tuberculose (risque d'expulsion à l'issue du traitement...).
- La faiblesse et le manque de coordination des associations africaines en France.
- L'analphabétisme limitant l'accès à l'information.
- La difficulté de la prise en compte de l'interculturalité.
- Et peut-être..., une absence de volonté politique de connaître la réalité du VIH au sein de la population des migrants en France.

Lettre d'Information 37

décembre 1996

Vingt-sixième rencontre du CRIPS Prévention du VIH auprès des migrants

Questions de la salle :

Epidémiologie, statistiques

Didier Jayle, CRIPS Ile-de-France

• A-t-on a une idée du nombre de personnes naturalisées françaises et qui sont atteintes du sida ? Et si non, pourquoi ? Même question en ce qui concerne les citoyens français originaires des territoires français d'Amérique.

Florence Lot

"La déclaration obligatoire de sida ne permet absolument pas de distinguer cela, puisqu'on ne dispose que du prénom et de l'initiale du nom, en plus de la nationalité française. Alors il y a peut-être des prénoms qui peuvent nous faire penser que la personne est originaire de certains pays, mais on ne peut en retirer aucun chiffre.

"Quant au personnes qui sont originaires des Antilles, des 3 départements Martinique, Guadeloupe et Guyane : au 30 septembre 1996, le chiffre est environ de 1800 personnes atteintes de sida.

Didier Jayle

• Vous avez parlé des personnes qui ont un accès tardif aux traitements antiviraux, peut-on l'expliquer ? S'agit-il principalement de personnes qui sont en situation irrégulière ?

Florence Lot

"En fait j'ai parlé d'accès tardif au dépistage, puisqu'effectivement ces gens

sont mal dépistés. Je n'ai pas parlé de traitement tardif car l'information dont nous disposons est très sommaire : "Y a-t-il eu traitement antirétroviral avant le sida, oui ou non ?". Donc il ne s'agit pas de traitement tardif, il s'agit d'aucun traitement avant le sida. Je pense que les seules informations pourraient être recueillies au niveau des services hospitaliers. En tout cas, pas par la déclaration obligatoire de sida. J'ignore si le fait d'être en situation régulière ou irrégulière joue là-dessus.

Dr Rhabi, Association des Travailleurs Tunisiens en France

• *En ce qui concerne vos données épidémiologiques en Afrique du Nord, vous donnez des chiffres sur les Marocains, les Algériens et les Tunisiens. Dans ces chiffres, est-ce que vous tenez compte de ceux qui ont déjà la nationalité française ? Est-ce que ce nombre tient compte de l'immigration clandestine tunisienne qui est très importante et qui comprend notamment beaucoup d'utilisateurs de drogues, en Ile-de-France ?*

Florence Lot

"Les chiffres que nous donnons concernent les déclarations de cas de sida, celles qui nous arrivent quand un médecin diagnostique un cas. Ils renseignent sur la nationalité actuelle de la personne, donc n'apparaissent pas les gens qui ont été naturalisés français. On peut dire que ce sont des chiffres minimaux. Effectivement si on tenait compte de l'origine géographique des gens, je pense que le chiffre serait plus important que ça. "Il y a d'autres sources de données qui peuvent nous donner des informations sur l'infection à VIH. Par exemple pour les personnes séropositives suivies à l'hôpital il existe un système "Dossier Médical Informatisé". C'est la Direction des Hôpitaux au Ministère de la Santé qui s'en occupe, mais elle n'a d'information ni sur la nationalité, ni sur l'origine géographique. La CNIL n'a pas autorisé à ce que ces données soient recueillies dans le cadre de ce dossier médical informatisé.

"Il y a d'autres données très ponctuelles qui sont les enquêtes de prévalence faites dans des milieux bien spécifiques, chez les femmes enceintes par exemple, notamment en Ile-de-France et en Provence-Alpes- Côte-d'Azur. On se rend compte que les femmes originaires de pays d'endémie ont des taux de prévalence plus élevés que les autres. Dans l'ensemble, les données sont très limitées.

Monsieur Diallo, ASSAF (Association d'Aide aux Africains)

• *Pour l'Afrique de l'Ouest je vois les chiffres concernant le Mali, le Sénégal et la Côte d'Ivoire. On sait que l'immigration de l'Afrique de l'Ouest concerne les populations de la région du fleuve, c'est-à-dire la Mauritanie, le Mali, le Sénégal et on peut ajouter la Guinée et la Gambie. Vous pouvez donner des chiffres pour ces pays ?*

Florence Lot

"La Guinée par exemple a 54 cas de sida, le Ghana 31, le Burkina Faso 22 cas, le Cap Vert 16 cas, et la Mauritanie 28.

Emmanuel Ricard, CRIPS Ile-de-France

"Il faut tenir compte de deux facteurs : il y a l'importance de l'épidémie dans le pays localement, mais il y a aussi l'importance du flux migratoire en France. Par exemple on a très peu de cas qui sont décrits sur l'Afrique de l'Est qui sont des pays anglophones, dont les personnes émigrent plutôt vers des pays anglosaxons comme l'Angleterre. Or ces pays de l'Afrique de l'Est sont pourtant à forte représentation en nombre de cas sur place. Dans les pays cités en Afrique de l'Ouest, il y a des pays qui sont à faible prévalence, et qui pourtant ont un nombre de cas important parce qu'on a ici un nombre de migrants important. C'est difficile de savoir si ce sont des cas de sida importés ou des cas contaminés sur place. Ce que l'on sait, c'est que plus il y a de personnes en France, plus le nombre de cas peut être important.

Droits aux soins, problème des migrants en situation irrégulière

Clément Dablé, Fondateur de l'Association Sid'Afrique

• Est-ce que les relations parfois difficiles entre les immigrés et l'administration ou la police peuvent influencer sur les rapports entre hôpitaux et malades ?

Claude Guillon

"Il est bien connu que la situation d'irrégularité de séjour ne favorise pas l'accès aux soins. Même si on peut être soigné quand on n'a pas de papiers, les personnes n'osent pas aller à l'hôpital, elles ont peur d'être dénoncées. En ce qui concerne la police, il est évident que lorsqu'il y a des arrestations dans le métro, ça rend encore plus problématique la sortie de chez elles des personnes en situation irrégulière.

Catherine Fiscus, SSAE de Nanterre

• J'ai suivi récemment une formation sur "Santé et migration" et quelqu'un de la DPM (Direction des Populations et des Migrations) est arrivé. On remarque qu'il y a une grande contradiction entre le respect de la santé publique (avec les différents textes et circulaires qui en découlent), et le respect de la politique d'immigration qui est beaucoup plus appliqué que l'autre.

Adbon Goudjo

"Par rapport à cette hypocrisie, je vais prendre le cas de l'hôpital de St-Germain-en-Laye où j'interviens régulièrement. Lors de ma prise de fonction, le directeur m'a félicité sur mon action qu'il trouvait intéressante mais il m'a dit qu'il avait une difficulté et il m'a montré le chiffre de ses impayés. Pour lui, il est impératif de recouvrer ses fonds, donc si je fais rentrer trop de personnes un peu limites sur le plan de leur couverture sociale, au bout d'un certain temps on risque de ne pas bien s'entendre..."

Rhadia Marcoux, Laboratoire de Recherche en Sciences Sociales, Paris XII

"Les directives du Ministère de l'Action sanitaire et sociale en France sont très claires : les migrants clandestins peuvent accéder aux soins, c'est la loi. Ils sont en "prise en charge Etat" en principe, avec toutes les résistances que nous connaissons aujourd'hui, mais il y a eu des jurisprudences et les centres hospitaliers ont des possibilités de recours légal quand il y a des difficultés au niveau de la prise en charge Etat (ou départementale pour ceux qui ont une résidence).

"Parfois pour permettre l'accès aux soins à l'hôpital, il nous est arrivé de ne pas déclarer de résidence de façon à ce que la prise en charge Etat soit faite. Il y a de très fortes résistances, mais on peut y arriver.

Catherine Chardin, Division Sida à la DGS

"C'est vrai que l'aide médicale existe dans les textes pour tout le monde, c'est vrai qu'il existe une protection. Mais il y a un travail pour faire connaître cette protection, également auprès des professionnels médico-sanitaires.

"Quelquefois on est même saisi de médecins qui nous téléphonent à la DGS ou aux DDASS pour dire : "j'ai une personne sans papiers, comment faire ?" Problème qui va être particulièrement amplifié avec toutes les prescriptions de traitements précoces et de traitements antirétroviraux.

"La question est : dans quelle mesure ces problématiques là peuvent-elles être des leviers permettant de susciter des demandes d'information, de formation, de répercussion par les communautés migrantes elles-mêmes ?

Sibel Bilal

"Il est évident que l'accès aux soins reste une interrogation en France, mais c'est surtout la continuité des soins qui pose problème. On a du mal, même pour les populations françaises, à obtenir cette continuité des soins. Je voudrais enchaîner avec une formation que j'avais faite avec les Imams, qui venaient de Turquie et qui étaient nommés officiellement en France comme des représentants religieux. Dans un groupe de formation d'imams il faudrait faire attention à la provenance, à l'origine culturelle et ethnique de l'imam lui-même et à son appréciation politique de religieux. C'est en

fonction de ces critères qu'il introduira ou non le passage du discours de prévention.

Ciellà Velluet

"Une petite précision sur ce sujet : il y a une directive dont nous ont fait part les institutionnels de la DGS qui correspond à la politique menée en France. Lorsqu'un ressortissant vient d'un pays avec lequel il existe des accords de prise en charge socio-sanitaire et comme ces pays ne remplissent pas toujours malheureusement leurs obligations légales, il est dit qu'il ne faudrait plus prendre en charge ce ressortissant. Vous imaginez bien qu'une personne qui n'est pas dans une structure associative forte se sent très isolée et qu'il est très difficile pour elle de venir se présenter à nouveau pour obtenir ses droits lorsqu'ils lui ont été refusés une première fois. C'est pour cela qu'il faut que le personnel d'accueil soit bien informé des droits existants des gens devant lesquels ils se trouvent.

Actions dans les communautés, relais d'opinions

Gisèle Tsegouock, Association Santé Culture et Migration à Evry

• *Concernant les projets mis en place au niveau des leaders, j'aimerais savoir si vous avez fait une évaluation de vos projets, auquel cas est-ce que l'information reçue influence vraiment les comportements de cette population ?*

Claude Guillon

"En ce qui concerne le projet haïtien, il a démarré il y a un an et nous comptons faire une évaluation en début d'année prochaine. Le premier objectif n'était pas de changer les comportements, c'était déjà de libérer la parole et qu'on puisse, à partir de là, réfléchir sur ces comportements, que des personnes qui ont le sida puissent le dire et que ce ne soit pas une stigmatisation terrible pour eux.

"En ce qui concerne les leaders, nous sommes passés par des leaders religieux, compte tenu de leur importance dans ces communautés. Cela ne va pas sans problème car il faut d'abord qu'ils acceptent de devenir les vecteurs de la prévention et qu'ils acceptent toutes les discussions que cela soulève (relations homme-femme, relations dans la famille...).

"La coordinatrice haïtienne a vécu des moments difficiles, parce que dans les groupes protestants, les pasteurs tiennent à être là et quelquefois leur présence ralentit la dynamique des questions.

"Nous essayons aussi de passer par des associations laïques, mais qui sont

assez petites et dont l'influence morale est plus faible.

Dorothee Martin, CFES

• *Avez-vous rencontré des obstacles au niveau des religieux et au niveau des relais que vous avez formés ? Quels sont les problèmes rencontrés du fait que ces sont des femmes ?*

Kemal Cherabi

"Les obstacles dépendent de l'interlocuteur avec lequel on a pris contact. Mais les obstacles viennent aussi de ce qu'on exige d'eux. Chacun a gardé sa place et les choses étaient bien établies dès le départ. Moi j'ai gardé mon rôle de médecin et je n'ai pas essayé de me substituer non plus au discours religieux. Mon idée était que les religieux pouvaient eux-mêmes répondre aux demandes des personnes.

"En ce qui concerne les jeunes filles relais, elles vont se rendre disponibles pour parler de leur formation, et du fait qu'elles sont connectées au dispositif sanitaire et social ou associatif ou institutionnel, elles recevront un certain nombre de demandes de la part de ces dispositifs. L'idée c'est qu'elles ne soient pas en "électrons libres". Elles ont pour assise la communauté d'où elles viennent, ce qui leur donne une possibilité de discuter et jusqu'à présent l'annonce de leur formation a généré des discussions.

Laurence Baudillon, psychologue chargée d'information et de formation au CNIDFF

• *Je souhaiterais demander plus de précisions à Ciellà Velluet sur les actions préventives spécifiques concernant les femmes, sachant que la transmission se fait toujours de manière materno-fœtale et qu'on est toujours confronté au problème des enfants qui ont perdu leurs parents.*

Ciellà Velluet

"Je me ferai l'écho du groupe spécifique sur la problématique des femmes de Barcelone. Dans les recherches, on constate que les femmes sont un groupe de plus en plus vulnérable, et qu'il s'agit maintenant de les toucher dans des campagnes spécifiques et de les mobiliser d'autant plus qu'elles sont doublement pénalisées par la précarité sociale et par la discrimination sexuelle. On observe une prévalence en augmentation. Il a été proposé de faire émerger des médiateurs, des relais, des leaders femmes puisqu'elles parlent entre elles et qu'il y en a parmi elles qui ont plus d'impact. Il faut se servir de cette dynamique pour mobiliser non seulement les femmes, mais aussi les hommes autour de cette problématique.

"On observe que les femmes dans leurs pratiques sexuelles sont conditionnées par les pratiques des hommes et que c'est très difficile pour elles de négocier des pratiques différentes. C'est en termes de négociation

qu'il faut se placer et pour cela il faut leur donner des outils à elles et aussi à leurs partenaires masculins. Dans toute politique adressée aux femmes, il ne faut pas oublier les hommes qui conditionnent les pratiques.

"L'autre problème auquel elles sont confrontées est la prostitution qu'elles utilisent comme moyen de revenu obligatoire compte tenu de leur précarité, quand il ne s'agit pas de filières où on amène en Occident des jeunes filles et des jeunes femmes pour alimenter des trafics.

Sibel Bilal

"Sur le discours des femmes, il est vrai que les musulmanes parlent énormément de sexualité mais dans un groupe de femmes. On pense que le non-dit relève de l'interdiction, mais cela relève de comportements culturels et ethniques. Gardons la liberté de non-dit, dans une relation interculturelle qui n'est pas basée uniquement sur l'appartenance religieuse, mais plutôt sur l'appartenance culturelle, ethnique, économique et religieuse, même si elle est musulmane.

Information, prévention, perception de la maladie

Ridha Nouiouat, médecin de santé publique à Migrations Santé

• *Pensez-vous que la difficulté à promouvoir le préservatif et la non pratique du test de dépistage relèvent d'une mauvaise connaissance de cette maladie, ou bien d'une absence de la perception de prise de risque, c'est-à-dire que ces populations ne se sentent pas concernées ?*

Deuxième question : vous avez parlé d'une vision multicausale de la maladie dans les populations africaines qui s'opposerait à une vision bio-médicale. Est-ce que vous pensez que si cette dimension multicausale n'est pas prise en charge, elle ne va pas être un obstacle majeur aux actions de prévention et à la prise en charge de ces malades ? N'explique-t-elle pas cette rupture de soins ?

Abdon Goudjo

"La dernière partie de votre question me permet de répondre à la première. Pour pouvoir faire une démarche de prévention efficace, inciter à faire une démarche vers le dépistage par exemple, il va falloir expliquer le pourquoi du dépistage, et à partir de là, cela suppose que l'on connaisse bien la personne et qu'ensuite on fasse un travail en profondeur. C'est très compliqué, complexe, pluriel, donc prenons le temps de comprendre, d'expliquer et peut-être qu'on arrivera à faire bouger la prévention. Mais je crains qu'il existe des images très négatives dans la tête des gens, qu'il est très dur de faire complètement évoluer.

Rhadia Marcoux

"Je travaille sur l'interaction immigration maghrébine, prison et sida depuis plusieurs années. On arrive dans les prisons d'Ile-de-France à un taux de séropositivité et de sida entre 40 et 50%. Par contre il faut distinguer dans la population maghrébine les différents âges. En prison, chez les jeunes, la méconnaissance de la prévalence en séropositivité et sida, n'existe pas ou très peu. Ils sont relativement bien informés du fait de leur itinéraire de toxicomanie, donc pris en charge très tôt par de nombreux services. On ne peut pas dire qu'il y ait méconnaissance, mais par contre il y a résistance au traitement et à la prévention.

"Par contre au niveau des immigrations maghrébines récentes, sur la méconnaissance, je crois pouvoir dire sous réserve, que nous sommes encore au stade de la rumeur que nous avons rencontrée dans les années 88, 89, 90 chez la population nationale. Mais ce stade ne dure pas très longtemps parce que l'information circule à travers les jeunes et aussi dans les foyers, comme le confirme une recherche que j'ai faite dans les foyers Sonacotra en 1991.

Florence Lot

"Vous parlez des jeunes Beurs. Je ne sais pas si leur mode de contamination est la toxicomanie a priori, mais on se rend compte effectivement que la méconnaissance de la séropositivité chez les toxicomanes est assez faible, que c'est une population qui est largement dépistée. Cela irait dans le sens où effectivement les jeunes sont peut-être plus contaminés par toxicomanie et les autres par d'autres modes de contamination. La déclaration de sida ne permet pas d'avoir ce genre de précision mais cela est vraisemblable.

Omar Hallouche, Association de Lutte contre le Sida, Lyon

• Je coordonne un programme de prévention dans les foyers Sonacotra. Ma question s'adresse à Kemal Cherabi. Vous avez parlé des trajectoires migratoires dans le cadre du regroupement familial, mais est-ce que dans votre travail vous avez abordé la question des hommes seuls ? A Lyon il existe 56 foyers accueillant 60 % de résidents maghrébins. Je voudrais savoir s'il y a des différences dans la perception de la maladie dans ces familles regroupées et chez les hommes seuls ?

Kemal Cherabi

"On a discuté avec les deux cas de figure mais ce que l'on a vraiment pris en compte, c'est la demande de personnes qui venaient au Point S. Parmi ces personnes, il y a des hommes seuls qui vivaient en foyer et qui étaient déjà en phase de sida. Pour eux, c'était encore plus difficile puisqu'ils n'avaient aucun espace pour communiquer et qu'ils se retrouvaient dans une situation de grande culpabilité.

"On a essayé de leur offrir d'autres espaces pour qu'ils puissent s'exprimer,

mais on a remarqué qu'ils ne voulaient jamais se regrouper pour en parler à plusieurs, parce que cela voudrait dire que d'autres pourraient être au courant et en parler à d'autres membres de la communauté ou du foyer. Cette formule n'a pas marché mais certains d'entre eux ont pu s'adresser à des imams pour parler de leur situation, mais ça nécessite aussi une très grande discrétion.

"La deuxième grande préoccupation c'est le retour dans le pays d'origine et le problème de la rencontre avec l'épouse restée au pays. Certains ont retardé le plus longtemps possible le retour, d'autres ne se sont pas protégés. C'est ainsi qu'on a eu quelques cas de contamination chez les femmes restées au pays car ils ne savaient pas comment le leur dire.

"Si on regarde les statistiques pour l'Algérie, le Maroc et la Tunisie, on s'aperçoit que 60 % des personnes contaminées n'ont jamais quitté leur village. On peut dire que l'absence de communication génère des risques supplémentaires. Plus on aura des espaces pour en parler et communiquer, plus les gens pourront agir de manière préventive.

Souvent le seul interlocuteur pour ces hommes seuls, c'est le médecin ou l'infirmière ou l'assistante sociale, donc vous voyez la responsabilité que nous avons sur le plan de la relation que l'on tisse avec cette personne.

Pr Abdou Sanokho, pédiatre à l'Hôpital de Dakar, membre d'Afrique Partenaires Services

"Je voudrais lever un doute : on pense que les gens dans les villages ne sont pas informés sur les maladies, mais il faut savoir que c'est l'ère du transistor et que dans les plus petits coins de la brousse les gens ont des transistors et reçoivent les informations. Ils connaissent les maladies et leurs modes de transmission. Ce qu'il nous faudrait, c'est non seulement protéger les gens qui sont migrants en France, mais également protéger leur famille. Et pour cela il y a la radio dont on se sert. S'ils n'ont pas les images, ils ont l'écoute.

"Un autre élément : tous ces pays ont un Programme de Lutte contre le Sida, et nous devons, nous qui travaillons sur le terrain, nous mettre en rapport avec les médecins et les responsables de la lutte contre le sida pour servir de relais auprès des familles lorsqu'une personne malade vient rendre visite à sa famille. Le médecin peut servir de médiateur et expliquer que si la famille a besoin d'être nourrie, elle a aussi besoin d'être protégée sur le plan sanitaire et que si le mari rentrant est obligé de prendre quelques précautions, c'est parce qu'il est resté trop longtemps à l'étranger.

"C'est une chose physiologique que l'on comprend très bien, et les femmes le comprennent assez bien aussi. Bien sûr que les maris ont des difficultés à s'exprimer, c'est pour cela qu'on se sert des relais et qu'il faut faire ce travail dans les foyers aussi et de préférence dans la langue d'origine".