

52° RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

L'ACCÈS AUX SOINS DES MIGRANTS : ÉTAT DES LIEUX ET EXPÉRIENCES

Nouvelles données, lois en danger, précarisation des sans-papiers, accès aux soins refusés... La situation des migrants en France, toujours difficile à évaluer, nécessitait plus que jamais une rencontre interprofessionnelle pour dresser un état des lieux et tenter d'anticiper les difficultés à venir. En partenariat avec la Cité des sciences et de l'industrie, cette 52° Rencontre du Crips, a réuni le 27 novembre 2003, autour de Danielle Messenger, journaliste à France Inter :

FLORENCE LOT, épidémiologiste à l'InVs (Institut de veille sanitaire), pour présenter les dernières données disponibles.

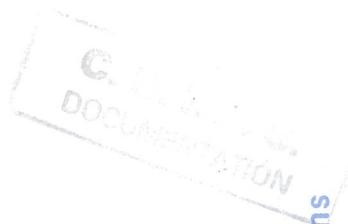
ARNAUD VEISSE, médecin coordinateur du COMEDE (Comité médical pour les exilés), pour faire le point sur la nouvelle législation.

BARBARA BERTINI, responsable de programme de santé au GRDR (Groupe de recherche pour le développement rural), pour présenter l'Observatoire des pratiques discriminatoires envers les migrants.

JACQUELINE FAURE, psychologue à l'hôpital Tenon, membre de l'association URACA (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines), pour exposer une expérience réussie de partenariat entre une association et un service hospitalier.

EUDES PANEL, secrétaire général de l'association MIGAS (Migration accueil santé), pour présenter les actions menées au sein de l'hôpital Bichat-Claude Bernard.

Les rencontres du Crips sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.



Contentons
nous
de faire
réfléchir
n'essayons pas
de convaincre

Georges Braque



Centre
Régional
d'Information
et de Prévention
du Sida

Île-de-France

Tour Maine-Montparnasse
BP53 /
75755 Paris cedex 15
tél 01 56 80 33 33
fax 01 56 80 33 00
www.lecrips.net
e-mail : info @ lecrips.net

ouvert au public
du mardi
au vendredi
de 13h à 19h
le samedi
de 10h à 17h

Région Île de France



PREFECTURE DE LA RÉGION
D'ÎLE-DE-FRANCE

FLORENCE LOT

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Pour évaluer la situation des migrants en France face au VIH/sida, trois corpus de données sont disponibles : la déclaration obligatoire de sida (DO SIDA), la déclaration obligatoire de l'infection à VIH mise en place depuis mars 2003 (DO VIH) et une étude réalisée au 1^{er} semestre 2002 sur le parcours médico-social de 250 personnes originaires d'Afrique subsaharienne séropositives pour le VIH, prises en charge dans 21 services hospitaliers d'Île-de-France (étude Afrique).

L'analyse des données DO SIDA montre que le nombre de cas de sida continue de diminuer dans la population française (-33 % entre 1998 et 2002), alors qu'il augmente depuis 1999 dans la population étrangère (+41 % sur la même période). Parmi les étrangers, l'augmentation la plus forte a été observée chez les personnes d'Afrique subsaharienne – et plus particulièrement encore chez les femmes.

Les données préliminaires de la DO VIH confirment la part de plus en plus importante des personnes d'Afrique subsaharienne : parmi les nouveaux diagnostics d'infection à VIH (entre mars et juin 2003), 37 % concernent cette population.

L'étude Afrique avait pour but de mieux comprendre cette situation et de décrire les principales caractéristiques de cette population. Une analyse qualitative des données a permis d'identifier 3 groupes homogènes de personnes en fonction de leur période d'arrivée en France :

– Une classe est principalement représentée par des hommes, arrivés en France jusqu'en 1987, pour des études ou la recherche d'un emploi. Ils travaillent, ont des revenus supérieurs au SMIC et sont couverts par la sécurité sociale. Ils ont découvert leur séropositivité au VIH après leur arrivée en France à l'occasion de symptômes.

– Une autre classe est essentiellement caractérisée par des femmes, âgées de moins de 36 ans, venues en France entre 1988 et 1998 pour rapprochement familial. Elles ont un logement stable et sont souvent couvertes par la Couverture médicale universelle (CMU). Elles ont, le plus souvent, découvert leur séropositivité VIH à l'occasion d'une grossesse.

– Enfin, une dernière classe est essentiellement définie par des personnes venues en France depuis 1999. Elles sont le plus souvent sans activité professionnelle, sans protection sociale ou couvertes par l'Aide médicale d'État (AME) et ont un logement précaire. Elles ont souvent été dépistées pour symptômes avant leur arrivée en France et pensent avoir été contaminées en Afrique.

Pour corroborer les résultats de l'étude et notamment le pourcentage important de patients arrivés en France depuis 1999 (34 %), l'analyse des données du ministère de l'Intérieur a montré que l'augmentation récente du nombre de cas de sida diagnostiqués en France chez les

personnes d'Afrique subsaharienne suivait l'accroissement du flux migratoire en provenance de cette région du monde. Mais les résultats de l'étude sont aussi en faveur du poids joué dans l'épidémie actuelle par les contaminations chez des personnes vivant en France depuis de nombreuses années dépistées tardivement pour le VIH.

L'accès aux soins pour les personnes d'origine subsaharienne reste très imparfait, dans la mesure où le diagnostic de l'infection au VIH est souvent tardif (au moment de symptômes) dans près d'un cas sur deux dans l'enquête Afrique. Outre le sexe et le mode de contamination, l'analyse des DO SIDA montre aussi que la nationalité est un facteur significativement associé à un retard au dépistage du VIH. Les personnes d'Afrique subsaharienne ont un risque d'être dépistées tardivement pour leur infection VIH 2,4 fois plus important que les personnes françaises. En revanche, une fois le diagnostic de l'infection à VIH établi, les données de la DO SIDA indiquent que la prise en charge médicale se fait dans des proportions similaires entre les personnes d'Afrique subsaharienne et les personnes françaises.

ARNAUD VEISSE

NOUVELLE LÉGISLATION : QUELLES CONSÉQUENCES SUR L'ACCÈS AUX SOINS DES DEMANDEURS D'ASILE ? QUELLES PROPOSITIONS ?

Le Comité médical pour les exilés (COMEDE) est membre de l'Observatoire du droit à la santé des étrangers (ODSE), collectif d'associations de défense des étrangers et de lutte contre le sida. Chaque année, le COMEDE prend en charge environ 5 000 patients de plus de 75 nationalités différentes, pour des soins médico-psychologiques, des bilans de santé, et des conseils médico-juridiques.

Dans le flou actuel concernant la législation sur le droit des étrangers à l'accès aux soins, il nous a paru nécessaire de faire le point sur les fausses rumeurs et les vraies menaces qui pèsent sur la santé des demandeurs d'asile. Première rumeur infondée, mais que l'on entend beaucoup : l'AME a été supprimée. C'est faux. À l'heure de cette 52^e Rencontre du Crips, elle existe toujours. Deuxième bruit de couloir, dont se font écho les cabinets ministériels : l'augmentation des dépenses de l'AME serait due à l'augmentation des demandeurs d'asile. Cette analyse a récemment été rapportée à la presse par le ministre des Affaires Sociales, responsable de l'aide médicale, et le ministre des Affaires Étrangères, responsable de la demande d'asile.

Or, selon le code de la sécurité sociale, les demandeurs d'asile ne relèvent pas de l'AME, mais de la CMU, puisqu'ils se trouvent en situation de résidence stable et régulière. Autre incohérence, dans un rapport non publié de février 2002 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), la majeure partie des dépenses d'aide médi-

cale seraient imputables à la délivrance des antirétroviraux. Donc à des étrangers séropositifs sans-papiers, qui devraient – si le droit au séjour des étrangers malades était appliqué – détenir une carte de séjour et la sécurité sociale.

Ainsi, il semble que la majeure partie des dépenses de l'AME résulte en fait de restrictions du droit à la sécurité sociale pour des usagers assurables – et pour certains anciennement assurés : c'est le cas de certains Africains séropositifs à qui un renouvellement de la carte de séjour est refusé au motif que « l'accès aux soins est désormais possible dans le pays d'origine ». Ces rumeurs ont entraîné des situations ubuesques, où des sans-papiers, à l'occasion d'une demande d'AME, ont été invités par leur caisse de sécurité sociale à solliciter la préfecture pour attester qu'ils étaient effectivement en situation irrégulière, et qu'ils n'avaient pas droit à la CMU mais bien à l'AME.

La menace d'une telle confusion est, *in fine*, bien réelle : l'AME est très probablement condamnée, via la suppression de la procédure d'admission immédiate, une procédure elle aussi très souvent mal comprise.

Cette procédure est pourtant indispensable au suivi médical de patients qui souffrent de pathologies lourdes, tels que les demandeurs d'asile séropositifs. Elle leur permet de se rendre à tout moment en consultation médicale, sans avoir à passer par les services d'urgence – et donc sans avoir à attendre que le problème ne devienne grave. Un patient sans papiers qui apprend sa contamination et qui voudrait connaître rapidement sa charge virale, par exemple, ne peut le faire que grâce à cette procédure d'admission immédiate. Celle-ci n'est pas destinée à soigner l'urgence médicale, mais bien au contraire à la prévenir. Elle ne doit pas permettre l'hospitalisation en urgence, mais l'éviter. Contre toute logique, c'est pourtant vers les services d'urgence que les sans-papiers seront désormais contraints de se tourner.

Un rapide historique s'impose, pour comprendre comment la rumeur a bien recouvert une certaine réalité, celle de la fin programmée de l'AME.

En 1992, l'AME a été intégralement réformée. Mais, en 1993, la loi Pasqua extrait les sans-papiers de la sécurité sociale. En 1997 sont créées les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), mais la loi de 1998 exclut à nouveau les sans-papiers d'une couverture médicale prétendument universelle. En 2002, un décret dont la publication fut suspendue *in extremis* supprimait la gratuité de l'aide médicale par la création d'un ticket modérateur (loi de finances de décembre 2002). En mai 2003 enfin, un projet de circulaire d'application de l'aide médicale a été lancé, avec pas moins de 19 pages de recommandations visant à transformer les agents de la sécurité sociale en inspecteurs des finances (7 pages sur le calcul des ressources des sans-papiers) ou en inspecteurs de police (10 pages sur l'appréciation de la résidence en France). L'indignation des associations et des professionnels de santé a heureusement convaincu le gouvernement de

suspendre la diffusion de cette circulaire, mais l'AME est à nouveau menacée de disparaître, si la procédure d'admission immédiate était supprimée dans les prochains jours.

Si les conséquences d'un tel texte sont préoccupantes pour la santé publique, elles seraient terribles pour les sans-papiers, pénibles pour les demandeurs d'asile et autres étrangers en séjour précaire, mais également pour les agents de la sécurité sociale, transformés en agents de police, et pour les équipes hospitalières, qui devraient gérer via les urgences des cas extrêmement complexes.

Cesser de faire un cas exceptionnel de la santé des migrants présents en France et donner à la CMU une vraie dimension universelle, tel serait sans doute le remède à une situation inextricable, où le droit se retourne contre ceux qu'il prétend protéger.

Avant de passer la parole à Barbara Bertini, Danielle Messenger soulève le problème du statut des femmes enceintes.

Arnaud Veisse précise qu'elles faisaient partie, dans la 1^{re} loi de décembre 2002, avec les mineurs et les étrangers atteints de pathologies lourdes, des catégories exonérées de ticket modérateur, bénéficiant donc de la gratuité de l'AME. Mais elles sont vraisemblablement elles aussi visées par la suppression de l'admission immédiate en projet.

BARBARA BERTINI

PRÉSENTATION DE L'OBSERVATOIRE DES PRATIQUES DISCRIMINATOIRES ENVERS LES MIGRANTS

Barbara Bertini, responsable du programme de santé au sein du Groupe de recherche et de réalisation pour le développement rural (GRDR), présente les grands axes d'un vaste projet réunissant de nombreuses associations : l'Observatoire des pratiques discriminatoires envers les migrants. Partant du principe que la discrimination n'est pas une fatalité, mais qu'elle résulte de l'accumulation d'un grand nombre de facteurs et de dysfonctionnements, l'Observatoire veut comprendre les mécanismes qui marginalisent cette population, en réunissant autour d'une même table les associations et leurs requérants.

On parle en effet souvent de la « globalisation » du système de soins, mais qui peut mieux que les intéressés eux-mêmes dire ce dont ils ont besoin ? La démocratie sanitaire ne s'adresse pas qu'au corps de l'individu, elle implique également le droit à la citoyenneté, la dignité des personnes, le respect de l'autre dans la différence, la solidarité, etc. C'est donc pour favoriser les échanges entre tous les acteurs d'une démocratie sanitaire qui reste presque toute entière à mettre en œuvre que l'Observatoire veut collecter un maximum de données.

En plus de convier des demandeurs d'asile venus de tous horizons pour qu'ils livrent leur témoignage, l'Observatoire réunit les associations suivantes :

- AIDES
- ALS de Lyon, association de lutte contre le sida
- AIFSAS de Lyon, association interculturelle de lutte contre le sida en France et en Afrique subsaharienne
- APA, African Positive Association (Paris)
- AFRIQUE PARTENAIRES SERVICE (Paris)
- ARCADE (Lyon)
- Centre municipal de santé de Romainville
- Cité Myriam (Montreuil)
- Ikambere (St-Denis)
- Sida Info Service (Paris)
- URACA (Paris)
- « LeVillage » St-Martin (Paris)

Trois grandes problématiques sanitaires seront abordées : le vieillissement dans les foyers d'immigrés, les conséquences des nouvelles lois sur l'accès au droit des migrants, pas encore toutes appliquées mais déjà dévastatrices, et l'impact de l'annonce de la séropositivité sur l'adhésion au traitement.

DANIELLE MESSAGER

Qu'allez-vous faire de toutes les données que vous allez recueillir ?

BARBARA BERTINI

On ne sait pas encore. L'idée est d'abord d'organiser une table ronde, un forum, de partager un maximum de connaissances et d'expériences, entre acteurs de la vie sociale, mais aussi avec les personnes concernées. Asseoir à notre table des gens et parler avec eux de ce que l'on a observé, de leurs attentes, etc.

DANIELLE MESSAGER

Sans doute faudrait-il également convier quelques politiques, afin qu'ils prennent un peu conscience de la réalité sur le terrain. En effet, si l'on extrapole la situation actuelle, en tenant compte des menaces qu'a évoquées Arnaud Veisse, on risque de connaître les mêmes échecs qu'aux États-Unis, où certaines lois de finance sur la santé ont entraîné des recrudescences de tuberculose, qui ont finalement coûté bien plus cher à la société.

ARNAUD VEISSE

Effectivement, et les chiffres alarmants de Florence Lot le confirment ! Les gens qui apprennent leur sida en même temps que leur séropositivité sont des gens qui n'étaient pas assez suivis, et qui entrent directement dans des programmes de soins très lourds et très coûteux. Mais il faut également se méfier d'un autre effet pervers de cette précarisation de l'accès aux soins : c'est de voir se créer une sorte de culture de la précarité, où l'enjeu n'est plus de vivre, mais de survivre.

JACQUELINE FAURE

Les Africains ne se rendent à l'hôpital que quand ils sont vraiment malades et qu'ils ne peuvent plus faire autrement. L'idée de consulter pour lutter contre une séropositivité asymptomatique ne leur est donc pas familière.

DANIELLE MESSAGER

C'est probablement pour cette raison que les femmes sont mieux dépistées que les hommes : elles subissent un test au moment de leur déclaration de grossesse.

HERVÉ DOUCERON

Médecin inspecteur de santé publique à la DDASS de l'Essonne, il apporte quelques précisions sur le dispositif réglementaire. La loi de décembre 2002 apportait notamment un élément positif : la disparition de la distinction entre l'AME de ville et l'AME hospitalière. Auparavant, les sans-papiers n'avaient que le droit de se rendre à l'hôpital, ce qui coûte plus cher à la société pour une moindre efficacité. Ils peuvent dorénavant se rendre directement en médecine de ville. Reste à savoir comment ils sont reçus – de ce côté là, il reste sans doute beaucoup à faire. Deuxième point en faveur de cette loi : la création d'une commission départementale, qui doit veiller à ce que les décisions soient prises de manière plus collégiale, afin que la responsabilité ne repose pas sur les seules épaules du médecin inspecteur. Rappelons à ce propos la difficulté du rôle du médecin inspecteur, compte tenu des circulaires distribuées depuis quelques années, souvent contradictoires entre elles, tantôt enjoignant à prendre en compte la situation sociale et économique des personnes, à considérer l'accès aux soins réel dans leur pays d'origine, tantôt lui rappelant que l'avis favorable de séjour pour soins doit être exceptionnel. Il est à noter pour finir que la situation de l'accès aux soins pour les personnes sans papiers reste plutôt moins mauvaise en France que dans le reste de l'Europe. Qu'advient-il d'une harmonisation européenne, avec un probable nivellement par le bas ?

ABDON GOUDJO, CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

Les sans-papiers qui n'ont pas de travail et sont exclus de l'AME, arrivés en France après 1999 – la classe 3 dans les catégories exposées par Florence Lot – vont clairement voir leur nombre augmenter. Qu'est-il prévu de faire pour ces personnes ?

Par ailleurs, une rumeur donne le GISTI, dont la vocation est d'accompagner les immigrés dans leurs complexes démarches administratives, pour condamné : qu'en est-il ?

ARNAUD VEISSE

Le GISTI, Groupement d'information et de soutien aux immigrés, a effectivement été en danger. Un important mouvement de solidarité leur a pour l'instant permis de maintenir leur activité. Heureusement, car pour les migrants, le droit est plus qu'un symbole : c'est l'outil qui doit les sauver, ce par quoi ils peuvent s'en sortir. Il ne

faut pas oublier qu'ils fuient, le plus souvent, parce qu'ils étaient privés de liberté dans leur pays d'origine. Obtenir des droits, c'est aller mieux, c'est retrouver une identité.

Pour ce qui est de l'augmentation des sans-papiers précaires, cela dépend bien sûr avant tout de la loi. Le flux migratoire en provenance d'Afrique s'est effectivement un peu intensifié au cours des dernières années, mais les conséquences ne seront pas ressenties immédiatement.

MARILYN POULAIN, ASSOCIATION AUTRE MONDE

Il est extrêmement difficile, notamment avec les jeunes, d'aborder les questions liées à la sexualité, au dépistage, aux représentations qu'ils se font de la maladie.

ANTONIO UGIDOS, CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

Effectivement, dans les foyers comme dans les lycées, c'est sans doute une erreur d'arriver en disant « *Bonjour, on vient vous parler du sida* ». Il faut d'abord s'interroger sur les attentes des interlocuteurs. Et, pour cela, rien de tel que de les consulter en amont de nos actions, d'élaborer avec eux les projets et de se faire le porte parole de leurs requêtes. Le temps de préparation compte parfois autant que le temps d'intervention.

ROKYATOU DEMBELE, ASSOCIATION AFASE

Aborder ces questions avec les jeunes Africains, c'est difficile, mais pas impossible. En parlant leur langue, en prenant le temps d'écouter leurs requêtes, on peut créer de véritables espaces de dialogue, au sein desquels beaucoup de choses peuvent être dites. Aujourd'hui, l'AFASE reçoit des familles, enfants compris – car ce sont eux les adultes de demain – et mène à bien une réelle politique de prévention, incitant notamment de nombreuses femmes à avoir recours au dépistage.

MAMADOU DIARA, URACA

En Afrique, il est vrai que bien souvent, seule l'extrême urgence pousse à solliciter l'hôpital. Mais les Africains venus en France sont comme investis d'une mission : ils sont là pour nourrir leur famille restée en Afrique. La perte de leur intégrité physique, par la maladie, est donc pour eux de l'ordre de la catastrophe. Or le pas à franchir pour se rendre en consultation génère beaucoup d'angoisses, et les soignants se heurtent souvent aux inhibitions, aux tabous, qui obligent à quelques détours si l'on ne veut pas fermer de portes.

Danielle Messenger donne justement la parole à Jacqueline Faure, psychologue à l'hôpital Tenon, membre d'URACA, une association qui a su concilier soutien communautaire, consultation médicale et médiation culturelle.

JACQUELINE FAURE

PSYCHOLOGUE À L'HÔPITAL TENON,
MEMBRE D'URACA

La collaboration entre l'hôpital de Tenon et l'association URACA a été inaugurée il y a dix ans, pour améliorer la prise en charge des patients migrants originaires d'Afrique atteints par le VIH. Aujourd'hui, des malades souffrant d'autres pathologies telles que la tuberculose, la drépanocytose, les grossesses pathologiques, les troubles psychiatriques bénéficient de ce partenariat.

URACA, Unité de réflexion et d'action des communautés africaines, intervient dans différents domaines : accueil, aide juridique, sociale, solidarité, prévention, information, recherche dans le domaine de la santé (toxicomanie, sida, drépanocytose, troubles psychiatriques), et propose des consultations ethnopsychiatriques.

Constatant que, bien souvent, les difficultés avec les patients d'origine étrangère sont liées à des problèmes de communication et d'incompréhension mutuelle entre soignants et soignés, l'hôpital Tenon et URACA se sont rapprochés en 1993. Le premier pas franchi fut sans doute d'ordre idéologique : si les patients étrangers ne comprenaient pas toujours les équipes médicales, c'est parce qu'elles ne savaient pas se faire comprendre. En envisageant ce que représente l'événement migratoire et son impact dans la découverte d'une maladie grave, en étant sensibilisé à l'importance de la dimension culturelle dans le soin, les équipes médicales ont pu améliorer l'accueil et la prise en charge de ces patients.

Le partenariat s'est par la suite structuré en 4 formes :

1. Le soutien communautaire

« *Je me sens coupé en deux, divisé, une partie de moi-même n'est pas ici* » nous dit un patient. « *La décision la plus terrible que j'ai eu à prendre dans ma vie c'est de rester ici pour me soigner et de me séparer des miens* » raconte encore cette femme. « *C'est très dur d'être seule... Je ne suis pas habituée... ici, quand tu sors de ta maison, personne ne te parle...* »

Face au désarroi de certains patients, le soutien communautaire peut prendre plusieurs formes : visite hebdomadaire au chevet du patient avec le port d'un repas africain, accueil quotidien au sein de l'association, visite hebdomadaire à domicile... Ces visites sont proposées aux malades isolés qui n'ont pas ou peu de famille en France. Nous savons que la migration est une épreuve qui provoque chez le sujet une déstabilisation, une fragilité, liées à la perte de repères, favorisant un état de vulnérabilité propice à une décompensation somatique ou psychologique (dépression). Le diagnostic d'une maladie grave vient renforcer cette vulnérabilité.

La solitude, dans les chambres individuelles de nos hôpitaux modernes peut être mal supportée par les patients africains. Le soutien communautaire permet au malade

isolé de retrouver ce lien structurant du groupe qui lui fait défaut pour affronter la maladie.

2. La médiation culturelle

Le médiateur ethnoclinicien connaît bien la culture du patient originaire d'Afrique de l'Ouest et il parle plusieurs langues (peul, bambara, sarakolé...). Il intervient dans différentes situations :

- pour faciliter la communication entre le médecin et le patient, quand des explications concernant la maladie ou le traitement n'ont pas été comprises. Il ne s'agit pas d'une simple traduction, mais d'une interprétation, adaptée à la culture de l'interlocuteur.

- pour aider à la résolution de conflits (patient-soignants, patient-famille ou soignant-famille).

Le médiateur apporte également des éclaircissements sur le contexte culturel, sur la place des uns et des autres dans la famille. Par exemple, l'extension de la dénomination « frère, sœur, cousin, mère » dans l'entourage du patient induisent souvent les équipes en erreur. Des doutes surgissent, et les soignants ont tôt fait de se croire manipulés ou trompés. Dans ce contexte, le médiateur ethnoclinicien tient, selon la formule de T. Nathan, « une sorte de position du diplomate entre deux univers protagonistes » (C. Lewertowski et T. Nathan « Familles migrantes : multiplicités des systèmes thérapeutiques », in « L'infection à VIH de la mère à l'enfant », Médecine-Sciences, Flammarion, 1998).

3. La consultation d'ethnomédecine : une prise en charge transculturelle

Angoisse de mort, décompensation psychiatrique (idées suicidaires, syndrome anxio-dépressif, état délirant), incompréhension ou déni du diagnostic, détresse psychologique : autant de réactions face à la maladie grave, qui nécessitent pour certains patients migrants une approche tenant compte du contexte de la migration et des spécificités culturelles.

« Cette maladie, je sais d'où ça vient, mon père m'a donnée en sorcellerie » nous dit cette patiente qui ne prend pas ses médicaments et dont l'état s'aggrave. « Je suis travaillé, je le sens, c'est les parents de ma femme qui n'ont jamais accepté notre mariage, c'est eux qui font des choses sur moi », « Je ne suis pas malade, la preuve le médecin ne me donne pas de traitement ! », assure cet homme en phase asymptotique. Ainsi dans certains cas, le patient en difficulté, en souffrance, peut refuser de se soigner au prix d'une aggravation de son état de santé.

Dans ce contexte, une consultation « transculturelle » peut réunir autour du patient (accompagné ou non de membres de sa famille ou de proches) :

- l'équipe de l'association URACA : le D^r Moussa Maman, médecin et thérapeute traditionnel qui dirige les entretiens et encadre un médiateur ethnoclinicien, une psychologue et un ethnologue. Une fois par an et pendant deux mois, cette équipe est complétée par la présence des tradipraticiens africains, guérisseurs traditionnels du

Nord Bénin (faute de subventions, la participation de thérapeutes traditionnels n'a pas pu être reconduite cette année).

- l'équipe soignante, qui a ainsi accès, en situation clinique, à l'univers culturel du patient.

Lors des consultations d'ethnomédecine, les deux systèmes culturels – occidental et traditionnel – sont reconnus, l'un n'excluant pas l'autre. Le patient peut aborder en toute confiance, sans craindre le ridicule, des préoccupations qui lui sont spécifiques. Les deux systèmes de représentations, occidental et africain, peuvent coexister sans s'opposer : le guérisseur s'occupe de l'âme, le docteur du corps. Parfois même, l'approche traditionnelle donne sens et cohérence au discours médical scientifique.

Les indications pour une consultation d'ethnomédecine sont variables : incompréhension du diagnostic, refus du traitement, problème d'observance, souffrance psychique, pathologie psychiatrique (troubles du comportement, agitation, violence...), syndrome dépressif, angoisse de mort, plaintes somatiques sans causes organiques, conflits conjugaux ou familiaux aggravés ou réactionnels à la pathologie...

4. La formation mutuelle : un partage de savoirs

L'échange des savoirs qui s'est instauré entre l'hôpital et l'association n'est pas le moindre des aspects positifs de cette collaboration. Les membres d'URACA se sont en effet formés sur la pathologie du sida et sur les traitements disponibles. Des réunions à thème sont organisées avec un élargissement à d'autres pathologies (hépatites, drépanocytose). De leur côté, les soignants ont approfondi leur connaissance de l'Afrique, en situation clinique mais également par des voyages d'étude dans le village du D^r Maman, au Nord Bénin. Une expérience qui a probablement énormément fait avancer le dialogue et la compréhension mutuelle entre les équipes médicales et leurs patients migrants.

DANIELLE MESSAGER

Vous dites que vous vous êtes rendus là-bas, avec les équipes médicales de l'hôpital Tenon. Comment avez-vous été perçus ?

JACQUELINE FAURE

Nous avons été très bien reçus. Mais les médecins traditionnels rencontrés là-bas étaient auparavant venus en France à plusieurs reprises, ils ont été formés aux messages de prévention et avaient déjà pas mal préparé le terrain. Il faut aussi savoir que nous n'allions pas là-bas en temps que soignants, mais pour voir, comprendre, partager. On a donc été perçus comme des amis, qui rendaient visite à leurs hôtes, à leur tour, après les avoir reçus chez nous. C'était un véritable climat d'échange, de partage, et non pas d'assistance ou de prise en charge. Et, pour une fois, les soignants ont rencontré des Africains dans un contexte autre que l'hôpital, sans les assimiler d'emblée à des malades.

EUDES PANEL

PRÉSENTATION DU PROJET INITIÉ À L'HÔPITAL BICHAT AVEC L'ASSOCIATION MIGAS (MIGRATION ACCUEIL SANTÉ)

Soulignons tout d'abord que MIGAS n'existe que par la mobilisation de ses bénévoles, et ne reçoit aucune aide. C'est Elizabeth Bouvet qui en a amené l'idée en 1999, alors qu'elle recevait en consultation les premiers hommes de cette fameuse « classe 3 » délogée par Florence Lot. C'est pour anticiper une aggravation de la situation qu'elle a fait réagir l'hôpital Bichat sur les expériences acquises au cours des années 1980-90, pour en tirer les enseignements qui s'imposent : une prise en charge globale est indispensable, incontournable, et elle incombe à l'hôpital.

Cette mission a été confiée à MIGAS, association loi 1901, qui intervient et réside dans les locaux du CHU Bichat-Claude Bernard, et propose une assistance à la prise en charge des patients extracommunautaires. Le dispositif, impliquant différents services de l'hôpital, des associations et les réseaux de ville, a pour but d'apporter un soutien médical, social, administratif, juridique, culturel et linguistique, afin de favoriser l'insertion de migrants en grandes difficultés sociales et de soins.

À court terme, MIGAS veut proposer un accueil, au sein de l'hôpital Bichat, permettant un suivi de soins adaptés aux migrants porteurs d'une affection de longue durée, en les accompagnant dans leurs démarches sociales et de soins.

Des réseaux de soins en ville, réseaux communautaires, associatifs, éventuellement réseaux de santé Nord/Sud doivent dans un second temps voir le jour.

Aujourd'hui, dans cet espace animé par une équipe pluridisciplinaire, les patients migrants peuvent bénéficier de consultations sociales, d'un soutien psychologique, d'une assistance pour mieux utiliser les services de l'hôpital et les réseaux de soins en ville, de l'intervention de médiateurs en santé, d'orientations adaptées vers les associations, du développement et de la diffusion d'outils et d'échanges avec les équipes soignantes permettant une approche personnalisée, centrée sur les besoins des patients, d'entretiens et de groupes de paroles sur l'observance et la qualité de vie, et d'ateliers d'échanges sur les réalités du pays d'accueil et d'éveil à sa langue.

La médiation en santé publique permettra :

- d'assurer le lien et de favoriser les échanges directs entre patients et soignants,
- de réunir patients et professionnels en vue d'améliorer l'accès aux droits des migrants,
- d'organiser et de développer un réseau de conseils prenant en compte la langue, les représentations et contraintes des patients lors de la consultation,
- de favoriser la présence et le travail d'associations de migrants à l'hôpital pour enrichir le réseau,
- d'encourager la participation, mais également l'autonomie des patients.

L'équipe, qui sera mise en place au premier trimestre 2004, sera composée ainsi :

- une assistante sociale expérimentée,
- une chargée de mission / technicienne d'études cliniques pour coordonner le dispositif, qui pourra relever les indicateurs d'activité et aider à l'évaluation en continu du dispositif,

- un médiateur à temps plein et de deux médiatrices à mi-temps, parlant couramment au moins une langue africaine, connaissant bien les communautés africaines en région parisienne, chargés des liens entre ces communautés, les associations de migrants et les partenaires institutionnels,
- des stagiaires médecins et personnel soignant africains qui viendront se former à la prise en charge du VIH à BCB et participer au projet.

Si l'objectif immédiat est bien entendu d'améliorer le suivi et les soins des migrants à l'hôpital Bichat-Claude Bernard, il s'agit bien, à terme, de définir les enjeux de santé liés à la migration et au voyage. Cela ne se fera pas sans la participation des migrants eux-mêmes, ni sans chercher à comprendre leur culture d'une part, leur déracinement d'autre part. Si l'expérience réussit, le dispositif sera étendu à d'autres hôpitaux de l'AP-HP.

QUESTIONS

OMAR HALLOUCHE, ALS

Les inégalités dans la santé ne concernent pas que le sida. Dans la région Rhône-Alpes, les migrants sont cinq fois plus touchés par la tuberculose. Elles ne concernent pas non plus seulement l'accès aux soins, mais également l'accès à l'information. Et on peut aller plus loin, bien sûr, en rappelant que la discrimination s'applique aussi au logement, puisque depuis 40 ans on loge les migrants dans du provisoire qui dure : la visite d'un foyer dortoir témoigne du retard considérable pris dans le domaine.

Prise en charge globale ne doit pas être un vain mot, donc, quand l'histoire personnelle des patients prend tellement d'importance dans leur vie.

VÉRONIQUE DUMAY, OBSERVATOIRE DU DROIT À LA SANTÉ DES ÉTRANGERS

Le rôle des associations est fondamental, mais il doit être surveillé. Des comparaisons ont été faites entre l'aide aux migrants et celle délivrée aux toxicomanes. Attention de ne pas laisser entendre que l'immigration est une maladie, et qu'elle nécessite une prise en charge trop spécifique ! Attention aussi à ne pas systématiquement faire le travail des pouvoirs publics à leur place ! L'empressement des associations à prendre un problème à bras le corps ne doit pas venir soulager l'administration, mais les requérants. Enfin, soyons toujours vigilants à appliquer à nous-mêmes ce que nous faisons subir aux autres :

chercher à comprendre les attentes des migrants ne doit pas nous détourner d'une surveillance de nos « propres » pratiques.

DANIELLE MESSENGER

Effectivement, Arnaud Veïsse, pensez-vous qu'un effet pervers des associations est de conforter les institutions dans leur désengagement ?

ARNAUD VEISSE

Oui, il y a des risques. Ainsi, on peut recevoir, au COMEDE, des gens qui nous sont envoyés de très loin, sous prétexte que nous sommes « spécialistes », des étrangers, des réfugiés, des clandestins, etc. Or ceux-là même qui nous « envoient » ces patients refusent bien souvent de se former à les accueillir correctement. On peut donc dire, d'un certain point de vue, que les associations les confortent dans leur ignorance, palliant leur incompetence. Être conscient d'un mal sans s'en faire le complice, c'est là une difficulté qui touche sans doute de très nombreuses organisations de solidarité.

ARSENE BIKOUÉ, ASSOCIATION COMBAT POUR LA SANTÉ ET POUR LA VIE

Les Africains, nous sommes consommateurs de sexe, mais avons pourtant du mal à en parler ouvertement. Dans beaucoup de pays, il y a des maquis où l'on danse, où l'on boit, et où l'on se rencontre. Mais il est impossible d'en faire état pour aborder la question du sida qui choque tout de suite tout le monde. Effectivement, certains intervenants ont rappelé la nécessité d'arriver en douceur pour se faire entendre, d'accepter quelques détours avant d'ouvrir une porte. Cependant la méthode inverse mérite peut-être elle aussi d'être appliquée. Une porte ouverte avec fracas peut parfois faire avancer les choses !

Malheureusement, depuis vingt ans, les campagnes de lutte contre le sida sont incomplètes. On a trop cherché à ménager le public, à ne pas le choquer, si bien qu'il s'est réinventé une vérité « presque vraie », et surtout complètement meurtrière. Peut-être faut-il donc ne plus prendre de gants, parler très franchement et très clairement, en rappelant, par exemple, qu'avant le sang, c'est le sperme qui transmet le virus ! La franchise paye, et la vérité, même si elle blesse, n'a jamais tué personne !

David Heard

Bénédicte Astier

Antonio Ugidos

Florence Lot

Arnaud Veïsse

ISSN 1242-1693