

# MIGRANTS ET VIH

Dossier documentaire  
Et bibliographique

*Septembre 2005*

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>p. 2</b>
<b>I/ ÉPIDÉMIOLOGIE</b> .....	<b>p. 4</b>
1. Les déclarations de cas de sida.....	p. 4
2. Les déclarations de nouvelles séropositivités .....	p. 5
<b>II/ LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ</b> .....	<b>p. 6</b>
1. Précarité et isolement .....	p. 6
2. Accès à l'information et à la prévention .....	p. 6
3. Dépistage tardif .....	p. 6
4. Féminisation de l'épidémie .....	p. 7
<b>III/ CULTURE, CULTURALISME ET RELIGION</b> .....	<b>p. 7</b>
<b>IV/ ACCÈS AUX SOINS ET LÉGISLATION</b> .....	<b>p. 8</b>
1. Les droits des étrangers dans la législation française.....	p. 9
2. L'Aide Médicale d'État (AME).....	p. 9
3. L'expulsion du territoire français.....	p. 9
4. L'accès aux soins .....	p. 9
<b>V/ LA PRÉVENTION</b> .....	<b>p. 10</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>p. 12</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>p. 13</b>
Introduction .....	p. 13
Epidémiologie .....	p. 13
Les facteurs de vulnérabilité .....	p. 14
L'accès aux soins, législation, recommandations .....	p. 16
Prévention .....	p. 18
Actions spécifiques .....	p. 19
Outils et supports de prévention .....	p. 20
Quelques sites Internet .....	p. 23

## INTRODUCTION

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, et par conséquent en France.

D'une manière générale, le terme de migrant renvoie au déplacement d'une population d'une région à une autre. Ainsi, il ne préjuge en rien :

- Des raisons profondes de la migration : améliorer ses conditions de vie et celles de sa famille, fuir la persécution, se soigner...
- Du type de migration : saisonnier ou durable, familial ou non, demande d'asile...

En France, l'INSEE définit la catégorie « immigrés » comme étant « *l'ensemble des personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France, quelle que soit leur nationalité actuelle* », la catégorie « étranger » regroupant les personnes « *ne disposant pas de la nationalité française* » [3] Ainsi, le terme migrant renvoie à l'ensemble de la population immigrée, que les personnes aient acquis la nationalité française ou non depuis leur entrée sur le territoire.

Toutefois, dans les différents dispositifs de surveillance de l'épidémie, les critères pris en compte concernant l'origine des personnes ne sont pas les mêmes.

Dans le système de déclaration obligatoire de sida (DO), seule la catégorie « nationalité » a été recueillie dès sa mise en place. Ceci s'explique par le fait que dès le début de l'épidémie on a constaté que la population étrangère était plus fortement touchée que la population française, ce qui laissait déjà supposer une vulnérabilité spécifique de ce public. La notion d'origine est toutefois laissée à l'appréciation du médecin déclarant. « *Dans ce dispositif d'enregistrement elle garde sa qualité de présomption, même si son champs d'application est élargi à l'ensemble des populations quelque soit leur provenance* ». Les procédures de surveillance du VIH prennent elles en considération le lieu de naissance des individus. Enfin, sur les fiches de notification obligatoire de l'infection à VIH le médecin déclarant doit renseigner le pays de naissance et la nationalité des personnes concernées.

Concernant la place de la population migrante dans l'histoire de l'infection à VIH/sida en France, un constat s'impose : pendant 20 ans l'immigration a été « *le point aveugle des politiques françaises de lutte contre le sida, comme, du reste, des programmes scientifiques sur le sida* » (FASSIN D) Ainsi, pendant les deux premières décennies de l'épidémie, la population immigrée a été totalement occultée des études sur le VIH, des politiques de prévention. La raison principalement invoquée était le risque de stigmatiser une population étrangère « *toujours suspecte d'importer les épidémies* » (FASSIN D)[1] Ce n'est que 20 ans après le début de l'épidémie que des chiffres ont été publiés et des enquêtes menées sur le lien entre sida et immigration, prémices d'une réflexion sur « *la direction à donner à l'action publique* » En avril 1999, l'Institut national de Veille Sanitaire publie pour la première fois un rapport sur la « *Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France* », qui marque une rupture avec les années précédentes :

- Il permet la diffusion d'informations jusqu'alors cachées, leur faisant perdre leur caractère polémique,
- Il place le lien entre immigration et sida sur un autre plan : le problème n'est plus d'évaluer le risque de contagion des français par des immigrés fortement infectés, mais au contraire le lourd tribut payé par ces derniers à la maladie, à cause notamment d'un plus grand retard au dépistage et de difficultés d'accès aux traitements.

Les populations migrantes passent alors du statut de « *vecteur potentiel de l'épidémie à celui de victime* ». Le lien entre sida et immigration est désormais abordé sous l'angle des inégalités.

En 20 ans, l'évolution des connaissances sur le VIH, les avancées dans les traitements, les mouvements de mobilisation ont fait évoluer la situation et la représentation du sida. Dans le même temps, la place de la population migrante dans la société française a beaucoup changé, que ce soit au

niveau des politiques mises en place pour mieux la contrôler, des représentations dont elle fait l'objet ou encore la prise de conscience de ce qu'elle vit réellement [3]

Face à la croissance alarmante des nouveaux diagnostics de l'infection parmi la population migrante en France de nombreuses questions se posent : quelle interprétation doit-on donner à ce phénomène ? Quel accès à l'information, à la prévention et aux soins est offert aux migrants ? Existe-t-il réellement une spécificité de l'infection à VIH chez cette population ? Si oui, quelle est-elle et que pouvons-nous faire pour la combattre ?

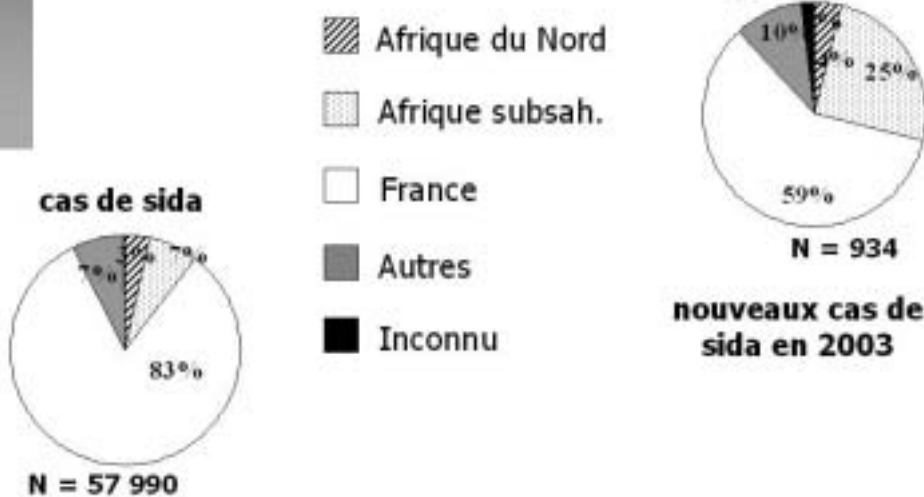
## **I/ ÉPIDÉMIOLOGIE**

La part croissante des migrants dans l'épidémiologie de l'infection à VIH reflète la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine des personnes migrantes. Ainsi, dans un certain nombre de pays d'Afrique Subsaharienne les taux de prévalence atteignent 1/10<sup>ème</sup> à 1/4 de la population adulte. Le fait qu'une personne originaire d'un de ces pays et immigrée en France soit infectée est souvent simplement le résultat statistique de ce constat. Il n'y a pas forcément de lien de causalité entre la séropositivité de la personne et sa présence en France.[1] Une étude de l'InVS menée en 2002 sur le « *Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique Subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002* » [4] vient renforcer ce constat. Elle montre en effet que seulement 10% des migrants originaires d'Afrique subsaharienne sont venus en France pour des raisons médicales. Parmi eux, 95% de ces personnes connaissaient leur séropositivité. Celles qui ont émigré pour d'autres raisons n'ont découvert leur séropositivité que tardivement.

### **1. Les déclarations de cas de sida [5]**

Fin 2003, l'InVS estime à 57990 les cas de sida déclaré chez les adultes domiciliés en France. Parmi eux 18%, soit 10324 cas de sida, concernent des personnes de nationalité étrangères, alors qu'en France les étrangers représentent 6 à 7% de la population. De plus on constate une sur-représentation des étrangers qui constituent 41% des nouveaux cas de sida déclarés en 2003.

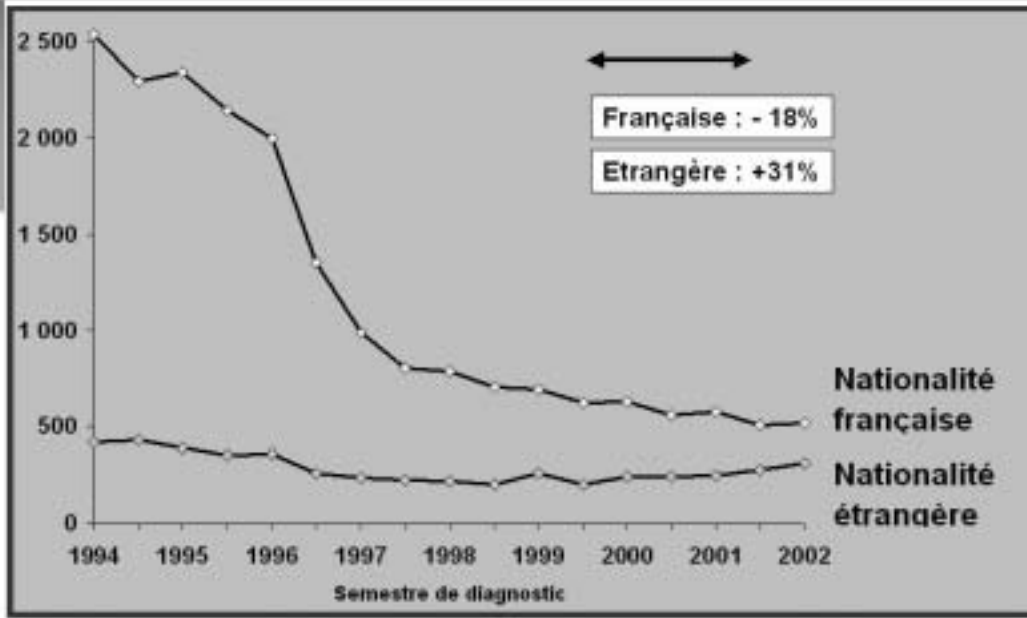
## Répartition par nationalité des cas de sida



*InVS, données 31 décembre 2003*

On peut également observer que les progrès thérapeutiques n'ont pas profité à tous de la même manière, l'arrivée des trithérapies n'ayant pas entraîné de diminution des nouveaux cas de sida dans la population étrangère comme c'est le cas pour les patients de nationalité française.

### Nouveaux cas de sida selon la nationalité (française versus étrangère)



En 2003/2004<sup>1</sup>, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne représentaient 42% des nouveaux cas de sida chez les femmes, contre 16% chez les hommes. Par contre, on remarque que les personnes originaires d'un pays du Maghreb représentent seulement 2% des nouveaux diagnostics de sida (1% des hommes et 2% des femmes), alors qu'ils constituent environ 30% de la totalité des immigrés.

Les vulnérabilités spécifiques aux étrangers impliquent qu'en plus d'être sur-représentés parmi les cas de sida, ils sont également plus nombreux à découvrir leur séropositivité tardivement : 60% contre 42% des français. On observe enfin que la méconnaissance de la séropositivité au moment du diagnostic de sida est plus élevée chez les personnes d'Afrique subsaharienne (65%) que chez les personnes de nationalité française (39%). Par contre, la non-prise d'un traitement antirétroviral bien que la séropositivité soit connue concerne dans la même mesure les personnes françaises que les personnes d'Afrique subsaharienne (47%) [5][6], de même qu'une fois la démarche de prise en charge enclenchée, on constate que l'observance au traitement et le suivi médical sont comparables pour les personnes d'Afrique subsaharienne et pour la population française.

## **2. Les déclarations de nouvelles séropositivités**

Depuis mars 2003, la mise en place d'un nouvel outil de surveillance, la déclaration obligatoire de séropositivité, permet d'avoir un reflet plus précis de l'épidémie et de mieux caractériser les patients.

Ainsi, au 31 mars 2004 l'InVS estimait le nombre de nouveaux diagnostics VIH à 6000 par an, dont 32% d'infections récentes (remontant à moins de 6 mois) Ces chiffres tiennent compte de l'importante sous-déclaration estimée à environ 35% à partir des données du réseau de laboratoires et de l'ensemble des fiches de déclaration reçues à l'InVS.

Les nouveaux diagnostics d'infection à VIH déclarés en 2003/2004<sup>1</sup>, confirment la féminisation de l'épidémie pressentie avec les nouveaux cas de sida (29% de femmes). En effet, près de la moitié des nouvelles déclarations de séropositivité concernent des femmes (43%), majoritairement contaminées lors de rapports hétérosexuels (80%), parmi lesquelles 51% ont la nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne, contre 21% des hommes.

En ce qui concerne les migrants de nationalité maghrébine, ils ne représentent que 2% des nouvelles déclarations de séropositivité, une sous représentation qui laisse supposer une sous déclaration des nouvelles séropositivités parmi cette population.

## **II/ LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ**

### **1. Précarité et isolement**

Les résultats de l'enquête ANRS-VESPA montrent que les immigrés atteints par le VIH sont plus souvent logés dans des conditions précaires : 15% des hommes et 23% des femmes d'origine étrangère vivent chez des amis, dans un foyer ou sont sans domicile fixe. Les femmes immigrées infectées par le VIH sont plus nombreuses à vivre seules avec des enfants (75%) que les femmes françaises (22%). De plus, l'annonce de la séropositivité entraîne pour la personne atteinte le risque d'être exclue du cercle familial, professionnel et social.

En ce qui concerne les hommes, beaucoup sont venus en France pour travailler en laissant leur famille au pays. Ils se retrouvent donc souvent seuls, et risquent d'être confrontés à une réelle misère affective et sexuelle, qui peut les pousser à avoir recours aux services de prostituées. [11]

Enfin, le statut d'irrégulier est un facteur fragilisant car ils vivent dans la peur d'être expulsés du territoire. Ils ne peuvent pas travailler légalement, ni prétendre aux prestations auxquelles peuvent avoir droit les étrangers en situation régulière.

### **2. Accès à l'information et à la prévention**

Afin de mieux connaître les populations migrantes, et dans le but de leur proposer par la suite une information mieux adaptée, l'INPES a lancé une « *Etude qualitative exploratoire sur les modes et les*

---

<sup>1</sup> Diagnostic en 2003 ou au 1<sup>er</sup> trimestre 2004, dont la notification est parvenue à l'InVS au 31/03/2004



*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* », menée par l'Institut Sorgem en 2002.

Les résultats montrent une méconnaissance des modes de contamination, une difficulté à comprendre « *la période asymptomatique de séropositivité* », et un manque d'information concernant l'existence de traitements, la plupart du temps totalement inconnus. De plus, nombre de migrants n'ont pas connaissance des organismes et structures auprès desquels ils peuvent trouver de l'information, et n'ont pas accès aux actions qui se déroulent rarement dans les lieux qu'ils fréquentent traditionnellement.

L'illettrisme constitue également un obstacle majeur dans l'accès à l'information. Certains migrants n'ont pas accès à l'écrit, ou maîtrisent mal le français. Il existe des brochures et des documents dans des langues étrangères ou bilingues, mais certaines langues parlées par de nombreux migrants ne sont pas prises en compte (swahili en Afrique).

Les programmes de prévention ont du mal à cibler les nombreux « sans papiers », car ils sont invisibles pour les associations et les services sociaux. .

Enfin, les migrants ne se reconnaissent pas forcément dans les campagnes de prévention élaborées au niveau national. Pour remédier à cela, l'INPES a lancé en décembre 2002 une campagne d'incitation au dépistage élaborée, pour la première fois, spécifiquement à destination des migrants. Trois spots s'adressant à cette population ont ainsi été diffusés à la télévision pendant tout le mois.

### **3. Dépistage tardif**

En plus d'être sur représentées parmi les cas de sida, les personnes de nationalité étrangère découvrent leur séropositivité plus tardivement que les français (60% versus 42%). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène :

- Le manque d'information et d'accès au dépistage. En effet une enquête menée par l'INPES et l'Institut Sorgem en 2002 auprès de populations primo-migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne [7] montre que de nombreux aspects du dépistage restent mal connus :
  - Le délai de réalisation du test de dépistage après une prise de risque
  - L'existence de traitements prophylactiques
  - Le délai d'attente des résultats
  - L'existence de centres de dépistage
- « *L'image dévalorisante et culpabilisante de la maladie liée à l'idée de la faute morale et à la crainte de l'exclusion* » [7][8]
- La mise à distance du risque et de la maladie, qui concernerait principalement les personnes « *ayant des pratiques sexuelles contraire à une culture traditionnelle ou ayant une vie "aux mœurs dissolues"* ». Cette vision constitue un obstacle à l'adoption de comportements préventifs. [7]
- La « *cherté et l'absence d'anonymat supposées, l'invisibilité de la maladie à ses débuts* » [7][8] apparaissent également parfois comme des freins au dépistage.
- Le délai entre la contamination et l'arrivée en France.

### **4. Féminisation de l'épidémie**

Alors qu'au début l'épidémie VIH touchait principalement les hommes, les femmes représentent aujourd'hui quasiment une nouvelle contamination sur deux (42% des nouveaux cas de séropositivité en 2003) [9]

Cette féminisation de l'épidémie, particulièrement marquée dans la population originaire d'Afrique subsaharienne (51% des nouvelles contaminations féminines), peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- *Déni de la réalité* : le discours habituel invite les femmes à prendre en main leur prévention, à exiger le port du préservatif, sans tenir compte du « *poids d'un schéma socioculturel de domination masculine* » souvent très présent dans les populations migrantes. Ainsi une femme qui saurait que son conjoint a des rapports sexuels avec

d'autres partenaires serait quasiment dans l'impossibilité de lui demander de se protéger ou de se faire dépister [1]

- *Vulnérabilité spécifique des femmes migrantes* qui cumulent souvent les facteurs fragilisants : parfois sans travail et/ou sans papiers, elles ne maîtrisent pas toujours la langue française ou sont quelques fois analphabètes, ce qui les rend socialement et économiquement totalement dépendantes de leur mari ou des personnes qui les accueillent. Par conséquent, pour ne pas risquer d'être rejetées de leur foyer et/ou de leur communauté, et de se retrouver dans une situation de grande précarité, les femmes migrantes atteintes par le VIH sont souvent contraintes à cacher leur séropositivité ou leur sida, ce qui entraîne en plus des difficultés d'observance au traitement.
- *Manque d'accès à l'information*, notamment à cause de la barrière de la langue, de l'absence de contact avec l'extérieur et parfois de leur mauvaise intégration à la société française.

### III/ CULTURE, CULTURALISME ET RELIGION

Le rôle de la culture des personnes sur l'épidémie de sida soulève des interrogations parmi les chercheurs, acteurs politiques et associatifs, qu'elle soit pensée comme « *un facteur favorisant la diffusion du VIH, ou permettant, au contraire, d'en contenir les effets.* » (VIDAL 1.)[1] On constate également que cette question se pose systématiquement lorsque l'on parle de personnes vivant dans les pays du Sud ou originaires de là-bas.

Sans tomber dans une forme de culturalisme qui amènerait à penser que la culture des personnes immigrées est l'explication absolue de leurs représentations et comportements face à la maladie, il « *convient (...) d'être à l'écoute des enjeux de l'annonce et du vécu de la pathologie dans ce qu'elle signifie à chaque fois au sein d'une trajectoire particulière, "ici" et "là-bas"* » (FASSIN D.)[3]

Il faudrait donc prendre en compte les références culturelles des personnes, leurs représentations et leurs croyances dans la mise en place d'actions de prévention, mais également dans la prise en charge globale de ces personnes.

On peut prendre pour exemple la pratique du lévirat dans certaines communautés. Cette pratique, qui conduit une femme à épouser le frère de son conjoint à la mort de celui-ci, est présentée comme « *l'archétype de la survivance culturelle propre à faciliter la diffusion du VIH* » (VIDAL L.) Ainsi, on considère qu'une femme, dont l'époux est mort du sida, risque fortement de contaminer son nouveau partenaire. Pourtant, dans ce contexte, ce n'est pas uniquement sur la pratique du lévirat qu'il faut faire reposer la transmission du VIH, d'autres facteurs entrent également en compte tels que : la non information de l'épouse sur la séropositivité de son mari, la non protection des rapports, le faible accès au dépistage.[1]

#### **La religion [10]**

Face au sida, les religions monothéistes tiennent des discours multiples et variés, du plus intransigeant au plus accueillant. Toutefois, comme le rappelle Larbi KECHAT, recteur de la mosquée Adda'wa,, « *dans l'Islam, comme dans toutes les communautés religieuses, le sida reste tabou* ». Cela n'empêche pas malgré tout une minorité de responsables religieux, de toutes les confessions, de mener des démarches de sensibilisation auprès de leurs fidèles. Ainsi, Larbi KECHAT a décidé dès les années 90 d'aborder le sujet du sida auprès d'eux, et de monter par la suite une antenne de médiation sociale ayant entre autres missions, celle d'informer sur le VIH/sida.

De même, de nombreuses associations à caractère religieux ont vu le jour. Ainsi, l'association Chrétiens & Sida, qui a inscrit en tête de ses objectifs d'aider « *les Eglises à réfléchir et, le cas échéant, les interpellent au nom de l'Evangile, sur ce qui concerne l'épidémie* » ; l'association juive Maavar, dont le directeur Joseph MARCEAU explique que « *l'idéologie est laïque, mais le contexte est juif* », et qui offre aux personnes de confession juive un lieu où elles retrouvent des repères familiaux, alors que cette communauté est confrontée, en France, à un lourd silence de la majorité des rabbins.

*La religion musulmane* a défini un code du licite et de l'illicite en matière de sexualité, la fonction sexuelle étant sacrée et strictement réglementée. Ainsi, la sexualité, et par conséquent le sida, restent des sujets tabous. La maladie est toujours perçue comme honteuse et elle reste liée à une idée de faute morale. En ce qui concerne l'usage du préservatif, il n'est pas totalement interdit. En effet, selon Dalil BOUBAKEUR, représentant officiel des musulmans de France, pour l'Islam « *l'usage du préservatif, tant contraceptif que préventif, est permis sans restriction* ». Et pour le recteur de la Mosquée de Paris le Coran impose certes « *la fidélité dans le couple* » mais il exige également « *le devoir de prévention des maladies* », ce que certains peuvent interpréter comme une invitation à utiliser des préservatifs. Les interprétations du texte sacré peuvent toutefois être plus strictes ou réactionnaires selon les imams et les pratiquants.

En ce qui concerne *la religion chrétienne*, la position du Chef de l'Eglise est sans équivoque : le Pape refuse l'utilisation du préservatif, prônant la fidélité et la chasteté comme rempart contre le VIH. Toutefois, selon la Commission d'éthique de la Fédération protestante de France, « *le préservatif ne pose aucun problème moral en particulier, c'est un geste de sagesse et il est bon d'insister sur ce qui empêche la contamination* »

Enfin, selon la Torah, la semence de l'homme ne doit pas être gâchée, ce qui apparaît donc pour les personnes de confession juive comme une interdiction absolue d'utiliser des préservatifs. En contre partie, le site Internet du consistoire de Paris rappelle aussi que « *d'un autre côté la Torah elle-même impose des devoirs de protection pour sauvegarder la vie* »

#### **IV/ ACCÈS AUX SOINS ET LÉGISLATION**

En France, contrairement à d'autres pays, rien ne s'oppose à l'entrée sur le territoire d'une personne étrangère séropositive, le statut sérologique des personnes désirant entrer en France n'étant pas demandé[13]

##### **1. Les droits des étrangers dans la législation française**

Le statut des étrangers en France est établi par l'ordonnance n°45-2658 du 2 novembre 1945 relative aux conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France.

Le droit au séjour pour raisons médicales a été formalisé par la loi du 11 mai 1998, appelée aussi loi « Chevènement », qui a inséré à l'ordonnance de 1945 l'article 12bis-11 qui stipule que « *sauf si sa présence constitue une menace pour l'ordre public, la carte de séjour temporaire portant la mention « vie privée et familiale » est délivrée de plein droit (...) à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire* » [13] Cette carte de séjour est d'une durée d'un an et elle est automatiquement assortie d'une ouverture au droit au travail, et par conséquence l'ouverture d'un droit à l'allocation adulte handicapé (AAH), ainsi qu'à toutes les prestations allouées aux personnes qui sont dans l'incapacité de travailler.

Une circulaire promulguée en 1998 par le ministère de l'intérieur a réduit la portée de cette loi en la limitant aux personnes arrivées en France depuis plus d'un an.

Si les personnes résident en France depuis moins d'un an ne sont pas concernées par la loi de 1945. Elles ne peuvent donc pas faire de demande de carte de séjour temporaire, mais peuvent se voir délivrer par les préfetures des autorisations provisoires de séjour, d'une durée de 3 à 6 mois, qui ne sont pas obligatoirement assorties d'une ouverture au droit au travail.

##### **2. L'aide médicale d'État (AME)**

La loi de finance rectificative de décembre 2003 a instauré deux restrictions à l'AME/

- l'admission immédiate à l'AME est supprimée. Les délais d'instruction doivent avoir lieu avant l'ouverture des droits.
- Pour prétendre à l'AME les personnes doivent être en mesure d'apporter une preuve physique de leur présence continue sur le territoire français durant les trois derniers mois, la déclaration sur l'honneur ayant été supprimée.

### 3. L'expulsion du territoire français

L'expulsion d'une personne atteinte du VIH et répondant aux critères de l'article 12bis-11 de la loi de 1945 peut être prononcée seulement si « *elle constitue une nécessité impérieuse pour la sûreté de l'Etat ou la sécurité publique* ». Elle doit être notifiée par un Arrêté d'expulsion ministériel (AEM). (*Sida : le guide des droits sociaux*, Act Up-Paris, 2003)

### 4. L'accès aux soins

L'absence de traitement antirétroviral préalable au diagnostic de sida est plus fréquente dans la population migrante que dans la population française. Par contre, une fois la prise en charge engagée, l'observance et le bénéfice des traitements semblent être les mêmes, que les personnes concernées soient migrantes ou non.[2]

Les différentes données indiquent que les migrants infectés par le VIH bénéficient des mêmes traitements que les Français.

- malgré les nombreuses difficultés auxquelles ils doivent faire face (juridiques, économiques, sociales), et malgré un dépistage tardif
- malgré un dépistage tardif, qui reflète toutefois une tendance générale parmi les hétérosexuels et qui s'explique par le délai qui se passe entre le moment où la personne est contaminée et celui où elle arrive en France, où elle pourra accéder au test volontaire ou, pour les femmes enceintes, au dépistage systématique lors des examens prénataux. Ainsi, les femmes semblent bénéficier d'une prise en charge plus précoce que les hommes.[4]

## V/ LA PRÉVENTION

Suite à deux études menées en 2002 sur les freins au dépistage chez les primo-migrants [7][8], Sida Info Service propose que les campagnes de communication suivent les caractéristiques suivantes :

- faire passer un message simple
- permettre de canaliser l'imaginaire des personnes, de dédramatiser
- éviter certaines images trop explicitement liées au registre sexuel qui peuvent être perturbantes ou dérangeantes pour certains publics

De plus, pour les personnes originaires d'Europe de l'Est ou d'Asie la mise en scène de personnages d'origine africaine apparaît comme totalement contre productive.

Il apparaît ainsi que la mise en place de stratégies de prévention cohérentes comporte la nécessité de connaître et de « *respecter les croyances, les attitudes et les comportements spécifiques des populations ciblées* » [15]

La Direction Générale de la Santé et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins propose dans le « *Programme de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006* » [17] divers axes à suivre lors de la réalisation de campagne de communication en direction des migrants :

- s'adresser à eux à travers des campagnes de communication générale sur le VIH afin d'améliorer la visibilité de ces populations. Les campagnes de communication sur le VIH doivent s'adresser aux différentes composantes de la population française, notamment aux migrants.
- Utiliser des supports de communication spécifiques
- Développer des stratégies de prévention adaptées aux différents types de situations

En décembre 2002 déjà l'INPES a lancé une campagne publicitaire généraliste sur le dépistage : « *Sida : le test, c'est important de savoir* » qui a été pour la première fois en direction des personnes originaires d'Afrique. Les résultats de cette campagne montrent que 63% des migrants interrogés se sont identifiés aux personnages du spot en direction des migrants, 85% des migrants africains ont "aimé" cette campagne. Ceci montre donc qu'il est tout à fait envisageable et possible de communiquer sur la prévention du VIH en direction des migrants par l'intermédiaire des médias grand public sans toutefois les stigmatiser.[1]

Enfin, suite aux rencontres du réseau des CRIPS d'octobre 200, des facteurs facilitants et des obstacles à la mise en place d'actions d'information et de prévention spécifiques pour les populations migrantes ont pu être mis en évidence.

Deux types d'actions peuvent être distinguées :

- les actions de formation, de sensibilisation qui s'adressent aux acteurs existants sur le terrain
- les actions de terrain en direction du public migrant ou des personnes issues de l'immigration concernant l'accès au dépistage et aux soins, l'accès aux droits connexes, à l'information et à la prévention.

Pour la **mise en place d'actions de formation** les différents facteurs facilitant sont :

- la pluridisciplinarité des participants,
- le fait de privilégier une formation transversale,
- la formation et la réflexion sur les spécificités culturelles,
- le travail sur les représentations,
- l'information des professionnels sur les ressources possibles dont peuvent avoir besoin certaines personnes étrangères et les droits existants.

Ce type d'action peut également se heurter à différents obstacles :

- la pluridisciplinarité des participants qui peut rendre plus compliquée la mise à un niveau commun,
- la définition des objectifs de la formation (qui peuvent être différents pour chaque participant),
- la difficulté de faire réfléchir les acteurs de terrain sur leurs représentations avec une remise en cause de leurs pratiques,
- le manque de reconnaissance dans l'échange (les professionnels de santé ont aussi à apprendre des associations communautaires).

La **mise en place d'actions de terrain** peuvent être facilitée par :

- le fait de se baser sur les besoins et les attentes du public migrant,
- la participation des publics concernés dans l'élaboration d'actions de santé publique,
- l'implication des acteurs à toutes les étapes du projet, le respect de l'altérité, des traditions et des valeurs de chacun,
- la participation de médiateurs de santé ou au minimum de traducteurs,
- la mise en place d'un partenariat de proximité, la création d'une permanence ouverte au public en dehors des actions elles-mêmes,
- l'utilisation de matériels et supports adaptés à la population à laquelle on s'adresse,
- l'insertion de l'éducation à la santé à d'autres activités,
- et surtout l'inscription de l'action dans la durée et la régularité.

Ce type d'action peut se heurter à différents obstacles :

- la difficulté à repérer et à toucher le public ciblé,
- le risque d'imposer un programme d'action sans avoir fait participer le public concerné à son élaboration,
- la multiplication des problèmes du public auquel on s'adresse (statut d'étranger, situation précaire...),
- la vulnérabilité de la solitude pour les hommes vivant en foyer, qui souffrent souvent d'un grand isolement affectif et sexuel et d'une situation socio-économique précaire,

- le temps nécessaire pour monter une action de ce type peut être long, au risque de voir les bonnes volontés s'épuiser face aux difficultés rencontrées,
- la lourdeur des démarches administratives, la difficulté pour obtenir des financements et pour réunir les moyens nécessaires.

## CONCLUSION

Dans le *TranscriptaseS n° 114* consacré à l'immigration, Abdon GOUDJO fait une synthèse des richesses et faiblesses du champ associatif spécifique autour du sida et de l'immigration en France. Depuis le milieu des années 90, face à l'extension de l'épidémie de sida au sein des communautés de migrants en France, le regard sur la prévention et la prise en charge de ces personnes a évolué dans l'ensemble de la société française, provoquant la naissance de nombreux projets associatifs :

- Des associations d'essence communautaire, telles que Ikambere (« La maison accueillante »), Afrique Avenir, l'Ifafe (Initiative des femmes africaines de France et d'Europe), et bien d'autres encore, créées par des personnes ayant vécu, plus ou moins intimement, des bouleversements liés au VIH/sida.
- Des associations socioculturelles de migrants qui ont intégré l'information et la prévention du VIH/sida à leur problématique de départ. On y trouve, entre autres, la FTCT (Fédération des tunisiens pour une coopération des rives), l'URACA (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines), les ATF (Associations des Tunisiens de France) ou encore de Migrations santé.
- Des ONG de développement ou humanitaires, comme Médecins du Monde, l'IMEA (Institut de médecine et d'épidémiologie africaine), le GRDR (Groupe de recherche et de réalisations pour un développement rural) et le COMEDE (Comité médical pour les exilés) qui tiennent compte du fait migratoire dans sa globalité dans la mise en place de leurs actions.
- La création de pôle « migrants » au sein d'associations généralistes de lutte contre le sida et développent des actions spécifiques en direction de ce public. Ce type de projet a ainsi vu le jour à Aides, Sida Info Service, Arcat, dans certains réseaux ville-hôpital ou encore au CRIPS.
- Enfin, les radios communautaires, comme Beur FM, Tropic FM ou Africa n°1, qui abordent régulièrement la question du VIH/sida chez les migrants dans leurs programmations.

Toutes ces 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 soins* ». Par contre, leurs méthodes d'intervention sont différentes et peuvent être classées selon trois types :

- les structures qui interviennent sur la thématique VIH et migrants en l'incluant à une démarche plus globale d'information
- les associations qui agissent de manière plus directe en faisant « *des actions de plaidoyer dans la prévention et la prise en charge des migrants vivant avec le VIH/sida* »
- les associations qui proposent un accompagnement plus proche des patients, dans leur vie quotidienne.

Enfin, tous ces projets ne bénéficient pas du même soutien des institutions françaises. Il est rare que les frais de fonctionnement des associations soient inclus dans les aides financières qui leurs sont versées. Et si les grandes structures parviennent à s'accommoder « *aux aléas de ces financements* », les petites associations rencontrent d'importantes difficultés pour survivre. A l'heure des restrictions et coupes budgétaires de plus en plus drastiques dans le financement des associations, la question de « *la réalité de la volonté politique de s'attaquer à la question de l'épidémie chez les migrants* » semble de plus en plus légitime.

## BIBLIOGRAPHIE

Les références bibliographiques sont classées, dans chaque partie, par ordre alphabétique d'auteur physique ou moral. Tous les documents référencés sont disponibles et consultables dans les deux centres de documentation du CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur.

### INTRODUCTION

**[1] Migrants et VIH**

TranscriptaseS, 2004, n° 114, numéro spécial, 48 p.

**[2] CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur**

**Séminaire de travail inter CRIPS Migrants et VIH : actes du séminaire du 20 octobre 2003 à Marseille**

2003, 62 p.

**[3] FASSIN D ; SIMON P ; GILLOIRE A ; VOUREC F ; DE RUDDER V ; DOURIS V ; RUDE-ANTOINE E ; HAMEL C ; POURETTE D ; SALOMON C**

**Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux, Congrès : Sida et immigration : la recherche en questions, Paris, 2000/10/09**

Paris : Agence Nationale de Recherches sur le Sida, 2002, 129 p.

**GOUDJO A**

**Migrants : entre lois, cultures et soins**, In : Dix ans passés, dix ans à venir

Transcriptase, 2002, n° 100, pp. 55-58

**[4] VALIN N ; LOT F ; LARSEN C ; GOUEZEL P ; BLANCHON T ; LAPORTE A**

**Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002**

Saint Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2004, Coll. : Enquêtes et études, 55 p.

### ÉPIDÉMIOLOGIE

**[5] CAZEIN F, LOT F, PILLONEL J, PINGET R, DAVID D, SEMAILLE C**

**Surveillance de l'infection à VIH et du sida en France. Situation au 31 mars 2004.**

Paris : Institut National de Veille Sanitaire, 2004, 4 p.

**HALFEN S ; EMBERSIN C ; GREMY I ; GOUDJO A ; VALLAURI C ; HEARD M ; ORS Ile-de-France ; CRIPS Ile-de-France**

**Suivi de l'infection à VIH-SIDA en Ile-de-France, spécificités des femmes : épidémiologie et aspects de la prévention**

Bulletin de santé : épidémiologie en Ile-de-France, 2003, n° 8, 8 p.

**INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE (InVS)**

**VIH, sida et IST : Etat des lieux des données en 2003**

Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 2003, 13 p.



[6] INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE (InVS)  
**Situation du VIH/sida et des Infections sexuellement transmissibles en France en 2004 : synthèse**  
26 novembre 2004, 2 p.

SAVIGNONI A ; LOT F ; PILLONEL J ; LAPORTE A  
**Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France**  
Saint-Maurice : Institut de Veille Sanitaire, 1999, 16 p.

## LES FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ

**Monde arabe, migrants/Maghreb**  
Le Journal du sida, 1997, n°92-93, numéro spécial, 58 p.

[7] ADAGE ; SIDA INFO SERVICE ; OMI  
**Dépistage auprès des personnes primo-migrantes originaires d'Afrique du Nord et de l'Ouest**  
Paris : ADAGE, 2002, 43 p.

[8] ADAGE ; SIDA INFO SERVICE ; OMI  
**Dépistage auprès des personnes primo-migrantes originaires d'Asie et d'Europe de l'Est**  
Paris : ADAGE, 2004, 49 p.

[9] ASSEMBLEE NATIONALE GROUPE D'ETUDE SUR LE SIDA  
**Sida : les femmes en danger**  
Lettre sur le sida, 2004, n°2, 4 p.

CATTELAINE C ; NGUGEN S ; ARCAT  
**Les Chinois d'Ile-de-France et l'infection à VIH : savoirs, vulnérabilités, risques et soins**  
Paris : Association de Recherche, de Communication et d'Action pour l'accès aux Traitements, 2004, 46 p.

CRIPS Ile-de-France  
**Sida et migrants/étrangers, accès aux droits, à la prévention et aux soins : 49<sup>ème</sup> rencontre du CRIPS Ile-de-France : Paris, 2002/11/30**  
Lettre du CRIPS Ile-de-France (La), 2003, n° 65, 8 p.

CRIPS Ile-de-France  
**Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde, une approche anthropologique : 57<sup>ème</sup> rencontre du CRIPS Ile-de-France en collaboration avec l'Unesco et l'Organisation Internationale pour les Migrations**  
Lettre du CRIPS Ile-de-France (La), 2005, n° 74, 6 p.

CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur  
**Le dépistage tardif**  
Dossier documentaire, septembre 2003, 7 p.

[10] DARMON L, BONNIN O, MALSAN S  
**Sida et spiritualité, la quête de sens en 2004**, in *Le Journal de la Démocratie Sanitaire* n°166, juin 2004, dossier spécial pp. III-XV.

DELACHET-GUILLON C  
**Les Haïtiens de France et le sida : comportements, croyances, préventions, enquête comparée auprès des communautés d'Ile-de-France et de Guadeloupe**  
Paris : l'Harmattan, 1999, 303 p. (Français et Créole haïtien)

FASSIN D

**Une épreuve de vérité : ce que le sida a révélé de notre rapport à l'immigration.**

Chrétiens et sida, 2001, n°35, pp. 14-16

FASSIN D ; DEWITTE P ; NAUDE A-J ; BONNET D ; CRENN C ; RECHTMAN R ; KOTOB L ; GILLOIRE A ; LOT F ; MUSSO-DIMITRIJEVIC S ; MIZRAHI A ; GISTI (Groupe d'Information et de Soutien des Travailleurs Immigrés)

**Santé : le traitement de la différence**

Hommes et Migrations, 2000, n° 1225, Numéro spécial, 164 p.

GREGG E

**La précarité : un défi de santé publique**

Migrations Santé, 2001, n°107, pp. 7-25

HAOUR-KNIPE M

**Migrants en Europe : éthique, équité et recherche**

Transcriptase, 1998, n° 64, pp. 11-15

[11] LERT F, OBADIA Y

**Comment vit-on en France avec le VIH/sida ?**, in *Population et Sociétés, bulletin mensuel d'information de l'Institut national d'études démographique* n°406, novembre 2004

LEVY I

**Soins et croyances : guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux**

Paris : ESTEM, 1999, 222 p.

NORY GUILLOU F ; DORNER V

**Sida : prostitution et perception des risques dans les foyers de travailleurs isolés**

Migrations santé, 1998, n° 94-95, pp. 233-242

RWEGERA B dir. ; RWEGERA D ; IMBS F ; SINON A ; CHARDIN C ; PISSAVY M ; VIDAL L

**Rapport de recherche : Ikambere et la vie quotidienne des femmes touchées par le VIH/sida**

Saint-Denis : Ikambere, 2001, 91 p.

SHABOU A

**Populations mobiles, vulnérabilité et droits de l'homme**

Transcriptase 1998, n° 69, numéro spécial Genève : XII conférence internationale sur le sida 28 juin -3 juillet 1998, pp. 21-23

SIDA INFO SERVICE ; OMI ; AIDES

**Promouvoir le dépistage volontaire du VIH auprès des personnes primo-migrantes : évaluation de l'action**

Paris : Office des Migrations Internationales, 2002, 4 p.

VIDAL L

**Femmes au temps du SIDA. Expériences d'Afrique**

Paris : PUF, 2000, 194 p.

ACT UP-PARIS

**Droits des étrangers malades 2 : entrée et séjour**

Action = vie, 2002, n° 44 [encarté dans Action n° 81], 4 p.

ACT UP-PARIS

**Les conséquences sanitaires d'une politique sécuritaire**

Action : la lettre mensuelle d'Act Up-Paris, 2002, n° 84, pp. 9-15

[13] ACT UP-PARIS

**Sida, le guide des droits sociaux**

Paris : Act Up-Paris, 2003, Collection *Information = Pouvoir*, 200 p.

BERGONNEAU J.F

**Etrangers et malades : la double peine**

Chrétiens et sida, 2001, n°35, pp. 6-7

LE COMEDE (Comité Médical pour les Exilés)

**Migrants/étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels**

Paris : INPES, 2005, 440 p.

CONSEIL NATIONAL DU SIDA

**26 février 2004 : Note valant avis sur le processus d'évaluation médicale des demandes de titres de séjour pour soins des étrangers**

Conseil National du sida, 2004, 4 p.

[14] CRIPS Ile-de-France

**L'accès aux soins des migrants, état des lieux et expériences : 52ème rencontre du CRIPS Ile-de-France : Paris 2003/11/27**

Lettre du CRIPS Ile-de-France (La), 2003, n° 68, 8 p.

[12] CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Actes de la réunion de présentation du Plan national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004-2006 – Marseille, 9 décembre 2004**

Marseille : CRIPS PACA, 2005

DELFRASSY J-F dir. ; MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES

**Migrants/étrangers et VIH**

in : Prise en charge des personnes infectées par le VIH, rapport 2002 : recommandations du groupe d'experts

Paris : Flammarion Médecine-Sciences, 2002, pp. 309-325

DUCKETT M ; ONUSIDA ; OMI

**Le droit à la santé des migrants**

Genève : ONUSIDA, 2002, 62 p.

FASSIN D ; QUAYLE W

**Précarité et VIH : entretien avec le Pr Didier Fassin**

Aids Clinical Care (version française), 2000, n° 9, vol. 12, p. 6

IDRIS I

**VIH et les autres**

Métisse, 2000, n°2, vol. 4, pp. 20-23

LANGLET M

**Droit au séjour pour raison médicale : le cri d'alarme des associations**

Journal du Sida (Le), 2005, n°177, p. 8

LANGLET M ; DARMON L

**Refus de séjour pour soins : la suspicion à l'œuvre**

Journal du Sida (Le), 2005, n°178, pp. 10-17

LOUHENAPESSY M ; NTAKIYICA A

**Accès aux soins VIH/SIDA et prise en charge des migrants et des minorités ethniques en Europe, 7ème rencontre européenne des migrants, Bruxelles : 19-22 septembre 2002**

Bruxelles : NIGZ, 2003, 44 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT

**Décret n°2005-859 du 28 juillet 2005 relatif à l'aide médicale de l'Etat et modifiant le décret n°54-883 du 2 septembre 1954 modifié pris pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance**

Journal officiel de la République française, lois et décrets, 29/07/2005, n°175, 3 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT

**Décret n°2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat**

Journal officiel de la République française, lois et décrets, 29/07/2005, n°175, 2 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE ; MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE ; MINISTERE DELEGUE A L'INTEGRATION, A L'EGALITE DES CHANCES ET A LA LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

**Circulaire DHOS/DSS/DGAS n°2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidants en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L.254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finance rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003)**

Bulletin officiel Santé, Protection sociale, Solidarités, 15/05/2005, 5 p.

MUSSO-DIMITRIJEVIC S

**La couverture maladie universelle**

Transversal : journal des acteurs de la lutte contre le sida, 2001, n° 3, pp. 9-10

MUSSO-DIMITRIJEVIC S

**Le cas des étrangers en situation irrégulière**

Transversal : journal des acteurs de la lutte contre le sida, 2001, n° 3, pp. 12-13

RAYNAL F

**Séjour précaire = accès aux soins précaires**

Transversal : journal des acteurs de la lutte contre le sida, 2002, n° 10, pp. 9-13

## PRÉVENTION

AIDES Fédération Nationale

**Les Africains subsahariens face au VIH/sida : perceptions, connaissances et pratiques en matière de prévention, de dépistage et d'accès aux soins, synthèse de l'étude réalisée en Ile de France, juillet/septembre 1999**

Paris : Aides, 2002, 13 p.

BITATSI-TRACHET F

**La prostitution féminine dans les foyers d'hébergement (ex-foyers de travailleurs migrants) et la prévention de l'infection à VIH**

Migrations santé, 1998, n° 94-95, pp. 215-232

BLONDEAU S

**Prévention santé dans les communautés africaines : quels besoins, quelles attentes, quelles propositions**

CRIPS Rhône Alpes, 2001, 38 p.

CADIS Clermont-Ferrand ; CRAES-CRIPS Rhône-Alpes

**Populations migrants et VIH : Pratiques de prévention et d'accompagnement, Congrès : Saint-Etienne, 2000/03/30**

2001, 57 p.

CRIPS Ile-de-France

**La prévention du VIH avec les migrants : 45ème rencontre du CRIPS Ile-de-France : Paris : 2001/11/17**

Lettre du CRIPS Ile-de-France (La), 2002, n° 61, 12 p.

[15] CRIPS Ile-de-France

**Sida et migrants/étrangers, accès aux droits, à la prévention et aux soins : 49<sup>ème</sup> rencontre du CRIPS**

Lettre du CRIPS Ile-de-France (La), 2003, n° 65, 8 p.

[16] CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur

**Les enjeux spécifiques de l'interculturalité dans les actions de prévention du Sida. Actes de la journée de conférences-débats du jeudi 3 juin 2004.**

Marseille : CRIPS PACA, 2004, 51 p.

[17] DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ (DGS), DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS)

**Programme national de lutte contre le VIH/sida en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004-2006**

Paris : DGS, DHOS, 2004, 18 p. + annexes

DUTHE G

**Jeunes de milieu migrant face au sida**

Mémoire Paris X : Doctorat Economie, organisations, sociétés

Paris : Université Paris X, 2001, 77 p.

GHIMOUZ K

**Approche épidémiologique et prévention à la consultation de dépistage anonyme et gratuit de Saint-Denis**

Migrations santé, 1998, n° 94-95, pp. 161-188

NOUIOUAT R

**Prévention de l'infection à VIH et migrants maghrébins**

Migrations santé, 1998, n° 94/95, pp. 189-206

PARIS M

**La prévention du sida auprès des populations migrantes**

Santé de l'Homme (La), 2002, n° 357, pp. 30-33

PERRIN H ; HUMANN P ; RWEGERA B

**"Il faudrait que les Africains témoignent à la télévision"**

Santé de l'Homme (La), 2002, n° 357, pp. 34-35

REYNAL F

**La prévention, un long fleuve pas tranquille**

Transversal, 2005, n° 24, pp. 24-26

RICARD E

**La prévention du sida en Ile-de-France auprès des Africains d'Afrique subsaharienne**

Université de Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Mémoire, 1999, 76 p.

RIDEZ S ; LEGLISE Y

**Prévention VIH-Toxicomanie en milieu gitan**

Etudes Tziganes, 1999, n° 14, pp. 71-75

<b>ACTIONS SPÉCIFIQUES</b>
----------------------------

MASCARELLO M

**Pour un accompagnement thérapeutique adapté**

Transversal, 2005, n° 24, pp. 31-32

MORTIER E ; CHAN CHEE C ; BLOCH M ; MEIER F ; GUERREIRO S ; LEVACHER C ;  
BAUDESSON J ; VIEIRA M ; CHANDEMERLE C ; SIMONPOLI A-M

**Nouveaux consultants pour une infection par le VIH dans un hôpital du nord des Hauts-de-Seine**

BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire), 2003, n° 1, pp. 2-3

MOUNIER V ; IMANE L

**Africains en France : les associations contre le sida**

Remaides, 2001, n° 40, pp. 20-21

ROUFF K

**Un lieu d'accueil pour des femmes touchées par le sida : dans un appartement d'une cité à Saint-Denis**

Lien social, 2002, n° 644, pp. 8-10

RWEGERA B

**Ikambere : la maison des femmes africaines**

Chrétiens et sida, 2001, n° 35, pp. 8-9

SIDA INFO SERVICE

**Les entretiens réalisés avec des personnes d'origine étrangère sur la ligne de Sida Info Service en 2002**

Bulletin thématique, 2003, n°1, numéro spécial, 4 p.

TAERON C

**Afrique sida : association "longue distance"**

Journal de la Démocratie sanitaire (Le), 2002, n° 143, pp. 33-34

WEI LIN T ; ETCHEPARE C ; FAUCHER J-M

**Arcat et la communauté asiatique en région parisienne : une action exemplaire**

Journal de la Démocratie sanitaire (Le), 2002, n° 148, p. 32

<b>OUTILS ET SUPPORTS DE PRÉVENTION</b>
---

INPES

**Outils de prévention sida à destination des migrants**

Saint-Denis : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 2003, 3e édition, 66 p.

.....**BROCHURES**

CENTRE INTER-CULTUREL FRANCO-MAGHREBIN

**Prévenir et savoir, est notre devoir**

2003, 37 p.

CRIPS Ile-de-France

**Garçons, filles : IST, hépatites, VIH**

2002, 50 p.

CRIPS Ile-de-France ; ATF (Association des Tunisiens en France)

**Plaquette d'information générale sur le sida = Titre en arabe**

Français / Arabe, 1997, 3 éd., 23 p.

FTCR (Fédération des Tunisiens pour une Citoyenneté des deux Rives)

**Passeport bon voyage : informations pour les voyageurs, les immigrés tunisiens et leurs familles**

Français / Arabe, 2002, 18 éd., 44 p.

INPES

**Le dépistage du VIH/sida chez la personne migrante/étrangère**

2005, Coll. Repères pour votre pratique, 4 p.

INPES

**Le mode d'emploi du préservatif féminin**

2003, dépliant, Français, Anglais, Russe

MAYVAL ; FEDERATION IFAFE (Initiative des Femmes Africaines de France et d'Europe) ;  
AFRIQUE AVENIR ; CRIPS Ile-de-France

**Les aventures de Maïmouna**

2003, bande dessinée, Français, 27 p.

MIGRATIONS SANTE

**Face au sida : prévenir, c'est déjà guérir**

1998, 19 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

**La politique française de lutte contre l'infection à VIH : mise en oeuvre en direction des populations étrangères vivant en France**

2000, 24 p.

SIDA INFO SERVICE

**Migrants et VIH : guide pratique d'information**

2002, 38 p.

.....VIDÉOS

DUPARC H ; KOLY S ; PARTENAIRE RADIO

**Les aventures de Moussa le taximan : 7 films courts et humoristiques pour la prévention du sida**

Court métrage, 2001, 35 [7 x 5 mn] min.

DUPARC H ; KOLY S ; MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES ; INPES

**Les nouvelles aventures de Moussa le taximan : 6 films courts et humoristiques pour lutter contre le sida et la tuberculose**

Court métrage, 2003, 33 [6 x 5.5] min.

KRIM R ; MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES ; INPES

**Houria : cinq films courts pour lutter contre le SIDA**

Court métrage, Français / Arabe, 2002, 31 [5 x 6 mn] min.

LE MAO G ; YELEEN

**Timiya (le plaisir)**

Film de prévention, Bamanan / Français, 1998, 75 min.

Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

MOREAU A

**Sida... Hacha Kadrek : Le sida .... sauf votre respect**

Vidéo, 1995, 25 min.

Paris : Cercle Culturel de la Santé, Ministère du travail et des Affaires sociales, DGS

NACRO F-R ; SIDA INFO SERVICE

**En parler ça aide...**

Film de prévention, Français / Bambara / Arabe / Espagnol, 2002/07, 17 min.

Paris : Sida Info Service

SERELLE D ; GOLDBLAT B

**Doni-doni b'an bela : Nous avons tous une part de responsabilité**

Documentaire, Dioula / Français, 2001, 35 min.

Noisy-le-Grand : Cinomade

SISSOKO C-O ; SAUVALLE P ; OUEDRAOGO I ; NACRO F-R ; DIAGNE H-F ; LES JEUNES AUTEURS DE SCENARIOS DU SAHEL

**Scénarios du Sahel : une collection de petits films sur le VIH/Sida**

Court métrage, 2001, 102 min.



TALMON D ; SAKHO M ; SYLLA M

**Aimer est plus fort que le sida**

Français / Soninké, 2000, 38 min.

Montreuil : GRDR ; Association Mandela

VANDEWEERD P-Y ; LOUHENAPESSY M ; OUNCHIF K ; KILUNDI B-Y ; LATITUDES SSE AF(Belgique)

**Un amour trompeur**

Film de prévention, 1999, 26 min., sous-titrage en anglais

Bruxelles : Latitudes SSE AF ; Gsara ; Les ateliers du Laziri

.....**OUTILS**

CANTAL RIVAS J ; BOKIN C ; MUGOLOLA T ; JOINET B

**La Flottille de l'Espoir**

Outil pédagogique, 1997

MINISTER DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ; SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE ; PARTENAIRE RADIO

**Ca bouge la vie chez Alaoui**

CD audio, Français, 1999, Coll. : programme radio pour la lutte contre le sida, 23 min.

KOLY S ; AKHOUN P-M ; GBEUGRE C ; CHAMBONNET S ; INNOCENT B ; MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE ; SECRETARIAT D'ETAT A LA SANTE ET A L'ACTION SOCIALE

**Les aventures de Moussa le taximan**

Cassette audio, Français, 2002, Coll. : Outil radio d'information et de prévention sida, 120 min.

OFFICE DAUPHINOIS DES TRAVAILLEURS IMMIGRES

**16 questions réponses : Prévention sida. Arabe dialectal Maghrébin**

Cassette audio, 2001, 30 min.

OFFICE DAUPHINOIS DES TRAVAILLEURS IMMIGRES

**16 questions réponses : Prévention sida. Langue berbère "Tachelhit"**

CD audio, 2001, 30 min.

OFFICE FEDERAL DE LA SANTE PUBLIQUE

**Santé sexuelle et reproductive**

Berne : OFSP, 2002

<b>QUELQUES SITES INTERNET</b>
--------------------------------

**Grdr (Groupe de recherche et de réalisation pour le développement rural dans le tiers-monde)**

[www.coordinationsud.org/](http://www.coordinationsud.org/)

ONG de développement, le Grdr est la première association à mettre en place des actions croisées de prévention du VIH et d'autres maladies transmissibles entre migrants et acteurs de santé entre la France et les pays d'origines des migrants en Afrique. Elle anime un réseau d'associations de prévention et de prise en charge de l'infection à VIH en France. Le partenariat s'étend sur plusieurs espaces de la migration en Europe. Le site présente les activités de l'association, ses contacts et son équipe, son budget, et enfin la manière dont il est possible de s'impliquer avec le GRDR.

### **Gisti (Groupe d'information et de soutien des immigrés)**

[www.gisti.org](http://www.gisti.org)

A partir de sa connaissance du droit -français, européen et international- des étrangers et de son expérience des pratiques juridiques, l'association défend les droits des étrangers, propose des formations et des publications, et participe au débat d'idées sur les politiques migratoires.

### **Ikambere**

[www.ikambere.nawak.com](http://www.ikambere.nawak.com)

L'association se propose d'aider les femmes, principalement migrantes, touchées par le VIH/sida (accueil dans un lieu convivial, suivi et accompagnement social, soutien aux femmes qui viennent d'apprendre leur séropositivité, visites à domicile, visites à l'hôpital, permanences hospitalières, actions de prévention, soutien dans les démarches administratives, réinsertion sociale).

### **Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)**

[www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

L'Inpes (qui s'est substitué en mars 2002 au Comité français d'éducation pour la santé) est une institution de santé publique placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Sa mission est d'aider la population à choisir des modes de vie et des comportements qui préservent et améliorent la santé. L'Inpes conduit pour ce faire des programmes nationaux de communication, fournit un appui aux professionnels sur le contenu, la méthodologie et l'évaluation de leurs actions, et diffuse gratuitement de nombreux documents de prévention. Le site permet d'accéder au catalogue présentant chacun de ces documents et de passer commande. Le chapitre VIH/sida comporte une rubrique spécifique "en direction du public migrant".

### **InVS (Institut de veille sanitaire)**

[www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

L'InVS est un établissement public de l'Etat qui a été créé afin de renforcer le dispositif de sécurité et de veille sanitaire en France. L'InVS -qui succède au Réseau National de Santé Publique -est placé sous la tutelle du Ministre chargé de la Santé. Sa mission générale est de surveiller, en permanence, l'état de santé de la population et son évolution. Cette mission repose plus spécifiquement sur des activités de surveillance épidémiologique, d'évaluation de risques, et d'observation de la santé. Sont consultables en ligne les Bulletins Epidémiologiques Hebdomadaires (BEH) notamment ceux traitant de la surveillance du sida en France (certains rappellent la situation de l'épidémie parmi les personnes de nationalité étrangère).

### **Migrants contre le sida**

[www.survivreausida.org](http://www.survivreausida.org)

Cette association de soutien aux personnes séropositives migrantes et issues de l'immigration milite pour la défense des droits des personnes malades d'origine étrangère. Son site propose entre autres: une émission de radio, accessible en ligne ou le mardi de 17h à 18h sur Fréquence Paris Plurielle (106.3 FM); une permanence téléphonique (01 43 79 88 32); des dossiers thématiques, une rubrique Actualités et une revue de presse.

### **Migrations-santé**

[www.migrations-sante.org](http://www.migrations-sante.org)

L'association mène diverses activités, propose des productions et assure différents services autour de la promotion de la santé et de la culture des migrants (ex: formations, interventions dans les foyers...).

### **Ministère de la Santé et de la Prévention sociale**

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Le site du ministère présente l'accès aux principaux textes législatifs, réglementaires en vigueur, aux plans nationaux et aux points d'actualité dans les différents domaines d'intervention du ministère: travail, emploi et formation professionnelle, action sociale et de lutte contre l'exclusion, santé, sécurité sociale, intégration et politique de la ville. Sont également présentées les missions de la Direction de la Population et des Migrations, chargée des mouvements de population, de la réglementation relative à

l'emploi des étrangers, des naturalisations et des programmes sociaux destinés aux migrants.

### **Pôle Migrants/Afrique du Crips Ile-de-France**

[www.vihinternet.org](http://www.vihinternet.org)

Le portail d'information et d'échanges consacré au VIH-SIDA chez les migrants en France et dans les pays africains. Il propose des données épidémiologiques actualisées, un agenda des manifestations, une revue de presse, une rubrique Documentation, des liens et des adresses utiles.

### **Sida Info Service**

[www.sida-info-service.org](http://www.sida-info-service.org)

Numéro vert: 0 800 840 800 (appel anonyme et gratuit). Le site fournit des informations sur le sida, les hépatites et les MST, permet de prendre connaissance de l'actualité, de trouver l'adresse d'un centre de dépistage ou d'une association de lutte contre le sida, d'obtenir une réponse à ses questions par e-mail ou en direct avec un écoutant, enfin de témoigner et d'échanger. Il présente également la nouvelle permanence d'écoute en langues étrangères (arabe, bambara, anglais, espagnol et russe) accessible gratuitement depuis une ligne de téléphone fixe. Cette relation d'aide téléphonique a pour objectif de contribuer à améliorer l'accès à l'information de ces populations par une prise en compte des spécificités culturelles et linguistiques.

### **Uraca (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines)**

[www.uraca.org](http://www.uraca.org)

L'association a pour objet la prévention sanitaire et sociale globale associée à la défense des cultures africaines. Sont notamment présentés sur son site internet des chiffres épidémiologiques sur l'Afrique, des actions menées par l'association en France et en Afrique, et l'actualité de l'association (conférences, rencontres).



Site web : [www.lecrips.net/paca/](http://www.lecrips.net/paca/)

*Nos deux centres de documentation :*

**Marseille :**

18, rue Stanislas Torrents

13006 Marseille

☎ 04 91 59 83 83

➡ 04 91 59 83 99

eMail : [cripspaca.marseille@lecrips.net](mailto:cripspaca.marseille@lecrips.net)

**Nice :**

6, rue de Suisse

06000 Nice

☎ 04 92 14 41 20

➡ 04 92 14 41 22

eMail : [cripspaca.nice@lecrips.net](mailto:cripspaca.nice@lecrips.net)

**Heures d'ouverture**

14h-18h, du lundi au jeudi, 14h-17h le vendredi

Le matin sur rendez-vous