

Actes de la journée
de conférences-débats

Jeudi 3 juin 2004

LES ENJEUX SPECIFIQUES
DE L'INTERCULTURALITE
DANS LES ACTIONS
DE PREVENTION DU SIDA

*Centre Régional de Documentation Pédagogique
31, boulevard d'Athènes - 13001 Marseille*

*Journée organisée par la Direction Santé Environnement de la Ville de Marseille,
Le CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur, la DDASS 13 et l'EMIPS 13*

SOMMAIRE

INTERVENTIONS EN PLENIERES :

- **Sida, immigration et inégalités : les vrais enjeux, les faux problèmes**
Sandrine MUSSO (Anthropologue) p. 3
- **Déclinaison en PACA de la politique nationale de lutte contre l'infection à VIH mise en œuvre en direction des populations étrangères/migrantes vivant en France**
Laurence HILMANN (DRASS PACA) p. 17
- **Les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en place d'actions spécifiques**
Dr Brigitte REBOULOT (CRIPS PACA) p. 24

ATELIERS :

- **Atelier 1 : Les actions dans les foyers d'hébergement**
Rapport : Dominique CHANAUD (Cellule de santé Publique/DMI2 APMH) ... p. 28
Contributions à l'atelier 1 en annexe
- **Atelier 2 : La prévention auprès des femmes migrantes**
Rapport : Céline BENAETH (EPE BdR) p. 29
Contributions à l'atelier 2 en annexe
- **Atelier 3 : L'accès aux soins des personnes étrangères vivant en France**
Rapport : Sylviane CARBONE (Réseau Canebière « Le Cabanon ») p. 31
Contributions à l'atelier 3 en annexe
- **Atelier 4 : Les spécificités sociales et culturelles des actions de prévention sida auprès des jeunes de quartier**
Rapport : Juliette WATERLOT (EMIPS 13) p. 32
Contributions à l'atelier 4 en annexe

ANNEXES p. 33

Sida, immigration et inégalités : les vrais enjeux, les faux problèmes

Sandrine MUSSO (Anthropologue)

L'anthropologie de la maladie a souvent souligné combien le désordre biologique renvoie à des grilles de lecture en termes de désordre social dont il serait le symptôme ou au sein duquel il viendrait s'inscrire.

L'un des invariants, en matière d'interprétation de cette forme élémentaire de l'évènement constitué par la maladie, est qu'elle implique, toujours et partout la recherche des causes qui pourraient expliquer son émergence.

Les sociétés mettent alors à l'œuvre un travail parallèle à celui du médecin lorsqu'il se penche sur le malade: la question du diagnostic est éminemment liée à celle de l'étiologie, et les étiologies sociales ont pour objet de donner un sens, socialement et culturellement construit, à l'annonce d'une mauvaise augure, et au vécu de son expérience.

Comme toute épidémie, ce mal « invisible et sournois » qu'est l'infection à VIH a eu des conséquences en termes de mise à l'épreuve de la relation à soi et à l'autre, de l'échelle la plus intime, du fait même de ses modes de transmission, à l'échelle la plus collective, en partie pour les mêmes raisons.

Comme toute épidémie aussi, elle inscrit comme figure centrale des représentations qui émergent à son propos celle de l'altérité dangereuse. L'étranger est pensé partout comme étant le « porteur originel du virus », et l'on a pu voir des Etats mettre en place ces « protections imaginaires » que constituent l'interdiction de l'entrée sur leur sol de personnes séropositives.

Comme toute épidémie enfin, elle constitue une épreuve de fond pour les systèmes politiques au sein desquels elle s'inscrit, l'exemple de l'affaire du sang contaminé en étant une preuve parmi d'autres.

C'est pourquoi, si Abdelmalek Sayad disait que « Penser l'immigration, c'est penser l'Etat »¹ il n'est pas non plus possible de s'interroger sur la mise en relation du sida et de l'immigration sans faire un retour en arrière sur les fondements mêmes de la politique publique conduite en France en la matière. Ce à l'échelle de chacun de ces objets (le « sida » et l' « immigration ») qui relèvent à la fois d'expériences humaines et de catégories au cœur d'enjeux politiques dans l'espace public.

Ceci peut nous aider à constater combien, loin d'être une problématique particulièrement spécifique même si elle revêt des enjeux qui lui sont certes propres, la question immigrée dans cette épidémie vient également, par effet de loupe, souligner des manques et des failles en matière de prévention et de prise en charge, qui l'excèdent.

Pour ce faire, on verra d'abord quelles ont été les priorités élaborées dans les premiers temps de l'épidémie en termes de communication publique et d'action publique.

On verra ensuite quelles évolutions ont eu cours, dans la dernière décennie, sur les questions liées à l'épidémie, mais aussi sur celles liées à l'immigration comme catégorie de débat public.

Cela permettra d'aborder en dernier lieu, les faux problèmes trop souvent attachés à cette question mal posée², mais aussi les vrais enjeux qu'elle soulève.

¹ SAYAD A., La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré, Paris, Seuil, Collection Liber, 1999.

² FABRE G., Epidémies et contagion. Essai sur l'imaginaire du mal en occident, Sociologie d'aujourd'hui, PUF, 1998.

Les choix réalisés en matière de communication publique sur le Sida en France

Dans les sociétés occidentales contemporaines, l'action préventive, la gestion des grands fléaux incombe à l'État.

A travers l'idéologie préventive du "risque", le traitement social mis en oeuvre en France sur la question du Sida a hérité du modèle hygiéniste qui vise à agir sur les liens de causalité entre le microbe et les sujets infectés.

Si cette prégnance du modèle hygiéniste est visible dans d'autres pays occidentaux, la comparaison avec d'autres politiques publiques de lutte contre le Sida souligne la spécificité de celle mise en oeuvre en France.

En Europe du Nord par exemple, les pays ont opté pour une politique d'éducation pour la santé ajoutée en Suède et en Islande, à une politique coercitive qui punit toute transmission par voie sexuelle³.

Aux Etats Unis et en Grande Bretagne ou encore en Australie, des campagnes de télévision basées sur la peur ont été diffusées, ainsi qu'une échelle publique du risque construite, à contrario du modèle français au sein duquel la priorité a consisté, et ce dès le début de l'épidémie, à produire un discours public de prévention sur le thème "tous égaux face au risque", dans l'objectif de limiter la stigmatisation des malades.

Si la crainte de celle-ci a pu être si vive, c'est que l'épidémiologie catégorisait l'exposition aux risques de catégories de populations déjà particulièrement exposées à l'opprobre ou au stigmatisme avant l'arrivée du sida.

La question de la stigmatisation, dont nous verrons les formulations spécifiques à la question de la prévention en direction des "migrants", a donc toujours été constitutive de l'élaboration de stratégies dans ce domaine.

Cette "peur de la peur" qui fut fondatrice de la politique française, engendre ce que Mickaël Pollack⁴ a appelé une "double contrainte" à savoir qu'il fallait, tout en faisant la promotion d'une information égalitariste à grande échelle, basée sur le slogan « tous égaux face au risque », cibler par ailleurs les groupes dont l'épidémiologie avait démontré qu'ils étaient plus particulièrement touchés ou exposés au risque.

Cette peur de la peur est justifiée par l'appréhension de la dramatisation face aux prévisions des effets du « fléau » dans la presse⁵, mais aussi aux prises de position du Front National dans les années 86-87 qui a entraîné un consensus dans la classe politique française autour de la priorité donnée à la non-discrimination des personnes atteintes.

Or il apparaît clairement, dans le même temps, que des inégalités et des diversités existent à l'échelle épidémiologique et que des pratiques et des situations exposent plus au risque.

On se trouve alors devant l'autre volet de la politique publique en la matière et à la contradiction qu'elle souligne: le principe d'une égalité formelle devant le risque et le déni de l'inégalité réelle des individus ou des groupes devant l'infection, mais en même temps, la mise en place d'une prévention ciblée "*faisant appel aux structures associatives et à des relais bien*

³ On peut néanmoins souligner une évolution significative en France, des questions liées à la pénalisation de la transmission, dont a rendu compte le résultat du procès de Strasbourg en Juin 2004, et les divers communiqués associatifs qui l'ont suivi.

⁴ POLLACK M., Histoire d'une cause, La revue Autrement, 130, 1991.

⁵ HERZLICH C. et PIERRET J., « Une maladie dans l'espace public : le SIDA dans six quotidiens français », *Annales ESC*, 5, 1988.

implantés dans les zones supposées à risque (...) Avec ce choix, les responsables français ont poussé à bout sur le plan théorique la logique du modèle communautaire"².

Ces choix expliquent, par exemple, qu'il n'y ai jamais eu sur les écrans de télévision français de spots de prévention concernant les risques liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse, dont on sait qu'ils sont responsables d'une grande partie des décès liés à l'épidémie et des contaminations, et plus largement à la jeunesse des quartiers défavorisés des périphéries des grandes villes et ce particulièrement en ce qui concerne les personnes de nationalité algérienne, tunisienne ou marocaine (Rapport INVS, Juin 99),

Ces choix révèlent aussi en partie un impensé de la sociologie des associations mobilisées, et ont eu pour conséquence la non prise en compte de la précarité politique et associative de certains réseaux sociaux, et singulièrement des étrangers et/ou immigrés. Le droit d'association n'existe en France pour les étrangers que depuis 1981.

Par ailleurs, les mobilisations face au sida se sont en partie inscrites dans une stratégie de retournement du « stigmaté » lié à la séropositivité afin d'asseoir une « politique d'identité » Cette stratégie devient difficilement pensable dès lors que d'autres « stigmates » sont déjà attachés à la « cause », et qu'un certain nombre de priorités (administratives, soutien scolaire, précarité et discriminations, soutien aux pays d'origine...) s'imposent dans le fonctionnement quotidien des associations issues de l'immigration.

De manière plus globale, le contexte politique français et la montée du Front National, le durcissement des dispositifs législatifs en matière d'immigration au début des années 90, la démobilisation des « déçus du mouvement beur » du fait d'une institutionnalisation et d'une instrumentalisation du mouvement via des associations accusées de l'avoir « confisqué » imprime, avant l'émergence du « mouvement des sans-papiers » de 1996, un contexte difficile à la mobilisation de ces réseaux associatifs.

C'est alors sous la catégorie des « relais introuvables » qu'est appréhendée la difficile mobilisation des associations d'étrangers et/ou d'immigrés face à l'épidémie, laquelle renvoie en grande partie à l'assignation culturaliste de procéder uniquement d'un tabou ou d'un déni face à la question du sida. Si déni et tabou existent ici comme ailleurs, la culture n'en est pas la seule variable explicative d'une part, et celui-ci va connaître en miroir les stratégies d'évitement de la communication publique en direction de populations étrangères et/ou immigrées et s'inscrire plus globalement dans une « politique de la méconnaissance » s'agissant des questions de santé des étrangers et/ou immigrés en France.

Car la peur de la stigmatisation en matière d'infection à VIH a conduit à ne pas mettre en scène, à la télévision notamment, de personnes étrangères et/ou immigrées dans le cadre de spots de prévention. A titre d'exemple en 1995 dans le scénario d'une annonce sur le multi partenariat, on relève entre autre modification le changement du prénom d'un des personnages, où « Karim » devient « Gilles »⁶.

L'ensemble de ces éléments a conduit au constat, dans le cadre du rapport de l'instance présidée par Christian Rollet sur l'évaluation de la politique de lutte contre le sida 1994-2000, d'une *tardive prise en compte des migrants par crainte de stigmatisation* ⁷.

⁶ PAICHELER G., La communication publique sur le sida en France. Un bilan des stratégies des actions 1987-1996, Rapport de recherche pour l'ANRS, Paris, Cermes, 2000.

⁷ ROLLET, La politique Française de lutte contre le sida 1999-2000, Paris, La documentation Française, 2003.

Or d'une certaine manière, les catégories de pensée ont elles-mêmes eu un impact sur la crainte de la stigmatisation. En matière d'épidémiologie par exemple, la référence à l'origine n'a été pensée jusqu'en 2003 que par le biais de la catégorie de transmission hétérosexuelle et s'agissant des partenaires des personnes contaminées⁸.

Le terme même de Migrant sert à cibler dans les programmes élaborés par les associations de lutte contre le sida tant des personnes primo-arrivantes que des « jeunes des quartiers ». Le choix du terme de « Migrant » dans les stratégies de prévention du sida rend donc compte d'un certain nombre d'éléments et d'enjeux en termes de représentations du phénomène que l'utilisation de cette catégorie vise à décrire⁹.

Les évolutions des enjeux de l'épidémie dans la deuxième moitié des années 90

Il y a tout d'abord, à partir de 1996, l'arrivée de traitements efficaces en France. Cet événement a soulevé, révélé et amplifié nombre d'enjeux.

En effet, alors que la séropositivité était jusqu'alors assez strictement différenciée du stade Sida, la maladie est maintenant considérée comme un continuum, dans la mesure où la mise sous traitement peut intervenir dès la primo-infection, ce qui rend d'autant plus cruciales les questions relatives au dépistage précoce de l'infection, ainsi que l'accès à l'information et aux soins.

A l'échelle internationale, l'existence de thérapies efficaces pose également la question de leur mise en circulation dans les pays du sud, ce qui a pour certaines associations de lutte contre le sida, contribué à renouveler la question de leur action. Ainsi, les principales associations de lutte contre le sida sont aujourd'hui engagées dans la lutte pour l'accès aux ARV dans les pays du sud. Des réseaux transnationaux de solidarité se sont organisés autour de cette problématique, ainsi qu'un lobbying au sein d'organisations comme l'OMC autour des questions de brevets pour la production de médicaments génériques.

A l'échelle nationale, les évolutions des « profils épidémiologiques » dans les pays du Nord donnent à voir ce que d'aucuns ont nommé une « normalisation épidémiologique », à savoir que la courbe prise par l'épidémie, à l'image d'autres pathologies infectieuses dans l'histoire, donne à voir un plus grand nombre de nouveaux cas dans les groupes sociaux défavorisés, avec lesquels ne sont pas forcément en relation au milieu des années 90 les associations spécifiques de lutte contre le sida.

De plus, les questions liées à la contamination par l'hépatite C, notamment chez les usagers de drogue par voie intraveineuse, et à la co-infection VHC-VIH émergent comme problème de santé publique.

En dernier lieu, l'arrivée des traitements signe également une évolution des « représentations collectives » attachées au sida. A titre d'exemple, dans le cadre d'une enquête réalisée en 1998 par l'Observatoire régionale de la santé d'Ile-de-France, 10% des personnes interrogées pensaient qu'il était maintenant possible de « guérir » du sida¹⁰. Quelles que soient les limites de ce type d'études, il n'en demeure pas moins qu'elles révèlent, associées aux moindres

⁸ FASSIN D., L'indicible et l'impensé : la "question immigrée" dans les politiques du Sida, Sciences sociales et santé, 1999, vol. 17, n°4

⁹ MUSSO S., Actes Séminaires de travail Migrants et VIH, CRIPS PACA, 2003

¹⁰ Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France, 1998, *Etude sur les connaissances, comportements et attitudes face au VIH-Sida*

succès des sidactions, que le sida ne revêt plus les mêmes significations en termes de « fléau » ou de menace. Sur le « *marché concurrentiel des grandes causes* », le sida devient un moindre « *opérateur de généralité* » que ne le sont les maladies génétiques. Ceci dans un contexte de baisse du nombre des volontaires des associations et des budgets alloués à la prévention.

- Les évolutions du traitement social et politique de la question de l'immigration

La caractéristique principale de ce qu'il est convenu d'appeler le « modèle français républicain » est, depuis la révolution française et du fait de la prééminence donnée au principe d'égalité, de ne reconnaître face à l'Etat que des citoyens abstraits, sans distinction de genre, de race, de classe ou de religion.

La notion même de minorité nationale (qu'elle soit religieuse, linguistique, nationale ou ethnique) est dans ce contexte prohibée officiellement. Or, depuis une quinzaine d'années, des débats récurrents, dans le champ politique et universitaire, sont venus témoigner « *indirectement d'un malaise face à ces questions, sans véritablement en traiter, voir en l'occultant. Car ce qui fait problème, ce n'est pas tant le principe de l'égalité des droits que son inefficience* »¹¹.

Dans le domaine des recherches universitaires et celui des politiques publiques, deux thèmes vont faire l'objet d'une évolution particulière dans la deuxième moitié des années 90, qui ne sont pas sans liens avec les évolutions observées dans le « rendu dicible » de certains enjeux de la lutte contre le sida dès lors qu'elle s'attache à la « question immigrée ». Sans prétention d'exhaustivité, il s'agit ici de les évoquer brièvement ; il s'agit des débats sur l'introduction des catégories d'origines dans l'appareil statistique national, et de la reconnaissance officielle de l'existence dans la société française de discriminations, contre lesquelles des politiques publiques émergentes vont avoir pour objet de lutter.

- L'entrée des catégories relatives à l'origine des personnes dans la production de statistiques démographiques, la « controverse des démographes »

L'ensemble de l'appareil statistique public se montre en France « *réticent à publier et analyser les données relatives à la nationalité, alors qu'elles sont le plus souvent collectées. Cette défiance prend une dimension encore plus aiguë lorsqu'il s'agit de la construction et l'utilisation de variables référées à l'origine ethnique ou raciale, catégories considérées comme sensibles par la CNIL en vertu de la Loi Informatique et Libertés de 1978 et qui ne sont pas prises en compte en France contrairement aux usages en cours dans d'autres sociétés « pluriculturelles* »¹² »

Néanmoins, une évolution significative a vu le jour du fait de la reconnaissance en 1991 par le Haut Conseil à l'Intégration de la catégorie « immigrée » définie comme l'ensemble des personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France (qu'elles aient ou non acquis la nationalité française)

A la fin des années 90, une polémique virulente opposera statisticiens et démographes sur la question des catégories d'origines, polémique aujourd'hui communément appelée la controverse des démographes.

¹¹ DE RUDDER V., POIRET C., VOURC'H F., L'inégalité raciste. L'universalité républicaine à l'épreuve, Paris, PUF, 2000.

¹² Simon P., La catégorisation statistique des « immigrés ». Analyse des inégalités et lutte contre les discriminations, in *Sida, immigration, inégalités*, Collection Sciences sociales et sida, ANRS, 2002.

Pour les uns, l'introduction de données relatives à l'origine ou ethniques au sein de l'appareil statistique national ne vient qu'entériner et légitimer des prénotions de sens commun, en figeant des groupes abstraits de manière substantialiste, ce qui contribue à légitimer l'ethnisation des rapports sociaux, voir à la renforcer.

Parmi les tenants de la critique de l'insertion de telles catégories dans l'appareil statistique national, on peut différencier deux positions.

En premier lieu ceux pour qui le recours à de telles catégories est de toute façon à prohiber en ce qu'il ferait le jeu du front national, et qu'il procéderait historiquement d'une logique catégorielle démographique dont les sources sont elles-mêmes liées à l'extrême droite en France.

En second lieu, ceux qui sont contre leur introduction dans les statistiques publiques nationales mais en préconisent une utilisation stratégique et opératoire, momentanée, dans le cadre de recherches indépendantes, sans pour autant amener d'évolutions aux catégories du recensement.

Chez d'autres chercheurs n'entrant pas dans le détail d'une position sur la pertinence éventuelle de la construction de telles catégories, l'accent est mis sur la priorité d'analyser les processus et les rapports sociaux au sein desquels se construisent les groupes discriminés et discriminables; ainsi « *l'urgence est-elle à la compilation chiffrée des victimes en fonction de leur origine ou à la mise au jour et à l'analyse de la consistance des modalités mêmes de ce rapport social raciste et ethniste producteur d'un ordre social inégalitaire, marqué par la privation, la marginalisation et l'oppression ?* »¹¹

S'agissant des tenants de l'introduction de données relatives à l'origine, l'action publique pour promouvoir des dispositifs efficaces de lutte contre les discriminations doit se doter d'outils notamment statistiques susceptibles d'en rendre compte et de les donner à voir., comme c'est le cas dans d'autres contextes nationaux.

- L'institutionnalisation progressive de la notion de discrimination

Il valide ainsi la multiplication de stratégies d'instauration de dispositifs qui s'apparentent à de la discrimination positive depuis le début des années 80, telle en 1981 la constitution des « Zones d'éducation prioritaires » dotées de moyens spécifiques, de « zones urbaines sensibles » en 1991 etc... A travers les catégories de lutte contre les exclusions, ces dispositifs « *ne visent pas officiellement des populations spécifiées, selon des critères ascriptifs, mais des catégories strictement définies par des situations sociales et économiques souvent géographiquement circonscrites. (ils) constituent fréquemment des tentatives d'adaptation ciblée du droit commun puisque évitant de désigner un groupe labellisé (les immigrés, les enfants d'immigrés) ils les concernent au premier chef* ce qui revient, d'après les auteurs cités à fonctionner à « *l'encontre exact des principes universalistes affichés* ».

A ceci s'ajoute, en 1998, la reconnaissance officielle de l'existence de discriminations raciales, dans le cadre du rapport du Haut Conseil à l'Intégration¹³.

La toile de fond de la lutte contre les discriminations est la diffusion et l'application de directives communautaires. L'année 1997 fut en effet proclamée « Année européenne de lutte contre les discriminations », et le traité d'Amsterdam a alors introduit dans le traité de Rome un article 13 en vertu duquel le Conseil de l'Union Européenne est désormais compétent pour prendre toutes les mesures nécessaires pour lutter contre toutes les formes de discrimination.

¹³ Fassin D., « L'invention française de la discrimination », *Revue Française de Sociologie*, 2002.

C'est donc aussi plus largement dans l'harmonisation des systèmes statistiques à l'échelle européenne que les enjeux s'inscrivent¹⁴.

On peut faire aujourd'hui le constat de deux paradoxes.

Un premier lié à la responsabilité sociale des chercheurs : est-il préférable de défendre une invisibilité des différences ethniques dans l'appareil d'observation au risque de laisser prospérer l'occultation de pratiques discriminatoires, ou bien de construire des catégories qui, par leurs seules existences, permettent éventuellement de renforcer une désignation stigmatisante des populations ? (Simon, 1998)

En second lieu, Jocelyne Streiff Fénart souligne combien le modèle français connaît dans le même temps un paradoxe et une anomalie : la reconnaissance du fait de la discrimination ethnique en l'absence de concept d'ethnicité. Or l'ethnicité est une des données de l'organisation sociale sans être la seule. Et la France ne peut prétendre s'insérer dans le cadre défini à l'échelle européenne en l'état actuel des modes de recensement¹⁵.

- Les évolutions dans l'espace des mobilisations autour du sida et de l'immigration

De 1996 à 2000, ce qui peut être désigné comme de "grands évènements" ou évolutions ont aussi vu le jour dans le champ politique, institutionnel et associatif de la lutte contre le Sida.

- La généralisation de la « cible migrant »

Ainsi, on a pu assister à un procès de légitimation progressive d'une cible en santé publique en France, qui est celle des "migrants", cette catégorie étant entrée dans les matrices institutionnelles, dans le contexte de la décentralisation, c'est-à-dire qu'elle se généralise comme cible légitime de l'action publique en matière de prévention et d'accès aux soins à l'ensemble du territoire. Parallèlement, un ensemble d'associations spécifiques de la prévention et de la prise en charge du sida mettent en place des « programmes migrants ».

- « L'étranger malade » : naissance d'une catégorie juridique inédite¹⁶

L'autre "grand évènement" de ces dernières années est la naissance d'une catégorie juridique dont la France est, depuis un amendement à la loi dite Debré portant sur les conditions d'entrée et de séjour des étrangers en France (juillet 1997), renforcé et repris dans la loi dite Chevènement en 1998, la seule illustration en Europe, qui rend inexpulsable en théorie les étrangers atteints d'une des pathologies de la liste des affections longue durée de la sécurité sociale.

Cette catégorie juridique est le fruit d'une rencontre entre divers "mondes sociaux". En 1991, le Conseil National du sida émet un avis sur la question de la double peine.

La mobilisation associative entamée au début des années 90 par quelques militants du Comité National contre la double peine et d'act up, s'est poursuivie dans le cadre de deux collectifs inter associatifs successifs. Cette mobilisation spécifique va se trouver confortée par l'émergence d'une nouvelle mobilisation de « sans papiers » à partir de 1996, conduisant à une évolution du traitement administratif, politique et juridique des questions d'entrée et de séjour des étrangers vers la systématisation d'une logique de « cas par cas ».

Par l'article 12-11 bis de l'ordonnance de 1945, promulgué en 1998, « l'étranger dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire » peut bénéficier (sous

¹⁴ Guiraudon V., Construire une politique européenne de lutte contre les discriminations : l'histoire de la directive « race », *Sociétés contemporaines*, Juin 2004

¹⁵ (Simon 2004).

réserve de menace à l'ordre public) d'une carte de séjour temporaire d'un an donnant droit à l'exercice d'une activité professionnelle. A cette mesure s'ajoute l'accès rendu possible aux prestations sociales non contributives (comme l'Allocation Adulte Handicapé, AAH) pour les étrangers.

Ces deux éléments vont grandement faciliter l'accès aux soins et aux droits sociaux des étrangers, même si des écarts persistent entre norme juridique et pratiques effectives¹⁶.

- La question des chiffres

Un autre grand évènement dont il faut rendre compte, est la première publication officielle en Avril 1999, des chiffres de prévalence, d'accès au dépistage et aux soins dans la population étrangère résidant en France dans le cadre d'un rapport de l'Institut National de Veille Sanitaire¹⁷.

La publication de ce rapport marque « *une rupture significative sous au moins deux aspects* ». En premier lieu la raison d'Etat qui avait prévalu dans le domaine avait conduit pendant longtemps à ne pas officialiser de données épidémiologiques, circulant toutefois de manière officieuse dans le monde social des associations de lutte contre le sida depuis 1994, certaines indications épidémiologiques étant même données dans le cadre d'un rapport réalisé par Yasmine Marzouk en 1991 à la demande du Conseil National du Sida sur les « Femmes musulmanes et le sida », et reprises en 1997 dans un rapport d'Arcat-Sida. Cette officialisation « *permet d'ouvrir un débat plus transparent (...): non seulement le sujet ne relève plus du secret d'Etat, mais la diffusion des statistiques leur fait perdre un pouvoir de nuisance polémique* »¹⁸

En second lieu, « *elle déplace la préoccupation centrale des autorités sanitaires du thème implicite d'un risque de contagion de la population française par des immigrés fortement infectés par le virus aux questions de lourd tribut payé par eux à la maladie, du retard au diagnostic de l'infection et de l'accès difficile au traitement : les étrangers ne sont plus vus comme vecteurs potentiels, mais comme victimes effectives* » (Fassin)

Quoi qu'il en soit, il faut rappeler que ces chiffres ne décrivent que la situation des personnes de « nationalité étrangère ». Dans le cadre de la réforme des fiches de déclaration obligatoire ayant eu lieu à l'occasion de l'introduction en France de la déclaration obligatoire de séropositivité, la dénomination « originaire de » a été supprimée au profit de l'item « vivant ou ayant vécu dans une communauté ». La Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) a par ailleurs refusé que la nationalité à la naissance soit demandée à la personne par le médecin déclarant, au motif que les mentions du pays de naissance et de la nationalité actuelle suffirait. Or, en l'absence de cette information, il est impossible d'en déduire quoi que ce soit s'agissant des personnes immigrées. Notons cependant que dans les pays où le recueil de ce type d'information est permis et où il tient aussi compte de variables liées à

¹⁶ FASSIN D., FERRE N., CARDE E., MUSSO-DIMITRIJEVIC S., Un traitement inégal. Les discriminations dans l'accès aux soins, Rapport du CRESO, Bobigny, 2001

¹⁷ SAVIGNONI A., LOT F., PILLONEL J. LAPORTE A., Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France, Saint Maurice, Institut National de Veille Sanitaire, avril 1999

¹⁸ MARZOUK Y., Les femmes musulmanes face au sida, étude réalisée pour le CNS, 1991

« l'ethnicité » ou à la « race », la pertinence de celles-ci a largement été remise en question au sein des études épidémiologiques¹⁹.

- L'apparition de nouveaux acteurs

Un autre fait marquant de la période écoulée est l'apparition de nouveaux acteurs dans l'espace de mobilisation autour des questions d'immigration et de sida.

En premier lieu, dans la deuxième moitié des années 90 émergent les premières associations issues de l'immigration faisant du sida un objet spécifique d'intervention²⁰. Ainsi en est-il d'Ikambere, fondée par Bernadette Rwegera pour répondre aux problèmes d'accès aux soins et d'isolement des femmes africaines séropositives résidant en France, mais aussi, dans un tout autre registre, de « Migrants contre le sida » qui réalise la « première émission de radio qui s'adresse aux séropos d'origine arabe et africaine et à leurs proches » et se mobilisera, entre autres, pour que les chiffres de l'épidémie dans la population étrangère résidant en France soient rendus publics.

Plus récemment est née la première association de personnes africaines malades vivant en France (African Positive Association, APA), fondée par Noël Ahebla, émergence qui s'inscrit dans le cadre du développement d'un recours à la médiation en santé publique (Programme de formation de l'IMEA).

- Un tournant dans la communication publique

Enfin, après des années de questionnements, décision a été prise de mettre en scène des personnes issues de l'immigration dans les spots de communication publique télévisuels : on a pu voir cette année sur les écrans de télévision des spots dont la visée était la promotion du dépistage, mettre en scène deux femmes africaines.

Le plan national 2001-2004 de lutte contre le sida en France liste ainsi au rang de troisième priorité l'objectif « d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins précoces des populations étrangères vivant en France, afin de réduire l'écart existant avec la population française »²¹.

Au premier rang des propositions d'actions apparaît la recommandation de « Rendre partout visible, dans la communication grand public sur le VIH, la diversité culturelle, afin que les campagnes d'information atteignent les migrants ».

Cette revendication fut notamment portée par les associations issues de l'immigration et travaillant sur les questions liées au VIH/Sida. Il s'agit là d'une évolution tout à fait notable, car jusqu'au plan national 2001-2004, la communication en direction des migrants avait toujours été pensée comme relevant de dispositifs spécifiques.

La volonté d'action des pouvoirs publics auprès des populations étrangères en matière de sida s'actualise également dans l'initiative de la publication d'une brochure en 21 langues en 2000 : « le sida et nous ». C'est la première fois, en France, que le Ministère de la Santé publie des brochures en langue étrangère.

¹⁹ Kaplan J.B., Bennett T., Use of race and ethnicity in Biomedical publications, JAMA, May 28, 2003, Vol 289, n°20.

²⁰ Pour un essai de typologie récent de ces associations, voir l'article de Abdon Goudjo, Transcriptase, mai 2004

²¹ Cf Plan National de lutte contre le VIH-Sida 2001-2004, <http://www.sante.gouv.fr>

LES FAUX PROBLEMES

Pendant longtemps, un discours dominant soulignait qu'il ne faudrait pas prendre en compte certaines dimensions relatives au phénomène migratoire dans la mesure où la condition des personnes étrangères et/ou immigrées ne différerait pas de celle des personnes dans des situations économiques ou sociales identiques.

Or, cet argument occulte la surreprésentation des personnes précaires chez les étrangers et les immigrés. Le rapport du Haut Comité à la Santé Publique en 1998 a bien insisté sur les effets de la précarité sur l'état de santé, et des études récentes conduites sur l'observance ont aussi montré combien les situations de précarité avaient un impact sur celle-ci (Hypothes, 2002).

De plus des problèmes administratifs, linguistiques et d'interaction avec les institutions sont pour le coup spécifiques aux personnes étrangères et/ou immigrées et s'ajoutent à des conditions de vie marquées en grande partie par la précarité (Fassin, 1998).

Une question souvent entendue se formule de cette manière : « Le sida chez les migrants c'est social ou c'est culturel ? ». Or il faut souligner l'inanité d'opposer les notions de société et de culture : dans toutes les sociétés il y a des sous cultures différentes, et des références culturelles partagées ne peuvent se penser en les détachant du contexte politique et social au sein duquel elles s'inscrivent.

Ainsi, les travaux de Christelle Hamel apportent un éclairage intéressant sur l'imbrication d'un « rapport social de race » lié à un contexte de vécu de discriminations et le positionnement par rapport au risque d'exposition au VIH au sein d'enquêtes issues de la deuxième génération de l'immigration maghrébine en France.

Par ailleurs, on a pu constater une fréquente surestimation des « *obstacles culturels* » chez les étrangers ayant conduit par exemple à ne pas entreprendre d'actions de prévention spécifique sur ce motif : certains intervenants au sein de foyers rapportent ainsi la surestimation par les responsables du désintérêt ou du refus des résidents d'avoir des séances d'informations sur les IST et le VIH. En parallèle à cette surestimation des obstacles culturels chez « les autres », on peut relever un impensé des propres dimensions culturelles elles aussi forme particulière de "malaise" à penser et poser, dans la société française, les questions relatives à l'altérité (et donc à l'identité).

Ainsi, comment peut-on expliquer autrement que par le lien historique entre construction nationale et langue française, la résistance à produire des outils en langue étrangère ?

De surcroît, si la catégorie « Migrants » induit une homogénéité, la grande diversité des situations et des trajectoires qu'elle recoupe est singulièrement hétérogène. Si l'on s'arrête à trois traits saillants, il est remarquable en premier lieu que le rapport de l'INVS de 1999 fait état, au-delà de difficultés communes d'accès au dépistage et aux soins, de dynamiques de l'épidémie différentes selon la société d'origine ou la condition sociale en France.

En second lieu, les réponses sociales à l'épidémie dans les réseaux sociaux issus de l'immigration ont été elles-mêmes variées allant, sans prétention d'exhaustivité, de l'implication de lieux de culte comme la mosquée ad'hawwa à Paris, à la mobilisation de « mères » à la fin des années 80 dans certains quartiers²², en passant par la revendication d'une politique de la mémoire (Comité des familles pour survivre au sida) et la mobilisation

²² HANOUN B., MUSSO S., Marseille une coopération parfois houleuse entre les acteurs institutionnels et de terrains, Le Journal du Sida, n° spécial Monde Arabe Migrant, 1996-97.

sur les questions d'accès aux soins et à la prévention faite par les séropositifs africains eux-mêmes (APA).

Enfin, si l'on observe certaines sociétés d'origine, il faut aussi souligner, au-delà de certaines dimensions culturelles communes et de similitudes dans les prémices de l'épidémie, les spécificités de chacune à l'égard de la construction de politiques publiques de prévention et de prise en charge ; il en va ainsi du Maghreb où les options sont différentes à cette échelle entre la Tunisie, l'Algérie ou le Maroc. Le sida revêt donc dans chacune des enjeux sociaux et politiques qui excèdent la dimension culturelle, tout en s'y imbriquant.

LES VRAIS ENJEUX

Les rapports de genre et l'impensé des femmes dans l'épidémie

Les femmes sont longtemps restées les « parents pauvres » de la prévention dans cette épidémie.

Une anecdote est exemplaire de ce constat. En 1988 aux Etats-Unis le magazine Cosmopolitan publiait un article au sein duquel un médecin affirmait l'absence de risques pour les femmes dans le cadre d'une relation avec un partenaire séropositif. Cet article a donné lieu à la mobilisation d'activistes féministes qui obligèrent le magazine à publier un droit de réponse. Aucune communication spécifique en direction des femmes n'a été pensée en France jusqu'à la seconde moitié des années 90.

Les sciences sociales ont souligné l'importance de prendre en compte les rapports de genre dans la prévention, mais aussi combien le discours préventif avait été élaboré par et pour un sujet dont l'identité sociale renvoie au paradigme du « WHASP » : soit un homme blanc de classe moyenne dont l'attitude serait rationnelle et responsable au sein d'une société d'abondance²³. Cette critique a été généralisée à l'ensemble de l'éducation à la santé par d'autres auteurs, pour lesquels il s'agit d'interroger soit la dimension religieuse et ethnocentrique de la santé publique, soit les politiques culturelles qu'elle élabore à son insu.

A l'émergence tardive de la question des femmes et des rapports de genre dans l'épidémie, s'ajoute la question de l'importance de la précarité et de son impact en ce qui les concerne, notamment à l'échelle de l'observance des traitements.

- Les femmes étrangères et/ou immigrées

S'agissant des femmes il semble en outre plus que nécessaire de les intégrer dans une réflexion sur l'immigration, car les trajectoires migratoires féminines constituent une donnée incontournable en ce début du XXIème siècle. Jusqu'à une période récente, elles ont été largement absentes des discours et des imaginaires concernant les mouvements de populations²⁴.

Ainsi, dans le cadre d'une recherche sur les marocaines entrées seules en France, Nassima Moujoud souligne que les travaux sur les données statistiques passent sous silence l'existence même du parcours actif de la migration féminine, qui n'est pensé que dans le cadre du regroupement familial.

²³ SHEPPER-HUGUES, Aids and the social body, Social Sciences Medecine, vol39 , 7, 1994.

²⁴ GREEN N.L., Repenser les migrations, PUF, 2002

La représentation dominante est alors celle de la femme mineure assignée au statut familial. Or ce sont souvent des statuts stigmatisés dans la société d'origine qui les poussent à partir en contexte de veuvage ou de divorce : l'exclusion des groupes de la même origine s'ajoute aux discriminations subies en tant qu'immigrées souvent en situation irrégulière.

De la même manière qu'il a pu être souligné combien la catégorie des « migrants » au sein de la prévention, s'était longtemps limitée à la représentation de l'homme seul vivant en foyer de travailleurs, il s'agit également de prendre garde aux stéréotypes et représentations attachés à l'évocation des « femmes étrangères et/ou immigrées ». L'inégalité de genre est un aspect crucial des inégalités sociales ; l'impact de l'un et l'autre sur la santé en général et le sida en particulier a mis bien du temps à être pris en compte.

« Le culturalisme » en question

Un certain nombre d'anthropologues sont venus rappeler les limites et les impensés de grilles de lectures donnant à la « culture » entendue au sens d'une totalité close, le rôle d'explication ultime des représentations et comportements face au VIH.

Cette critique légitime et salutaire ne doit cependant pas conduire à faire de la critique du culturalisme ordinaire un « signe de croix » ou un discours rituel aboutissant à « jeter le bébé avec l'eau du bain ».

Certains auteurs, tout en procédant à la critique du culturalisme ordinaire proposent ainsi non pas d'évacuer la question de la culture pour y « mettre le social » à la place, mais d'historiciser et de politiser cette notion.

Dans son ouvrage *l'identité culturelle* Sélim Abou souligne entre autres choses combien les domaines de la sexualité et de la mort constituent des thèmes qui cristallisent particulièrement les enjeux en termes de confrontations de normes entre société d'origine et société dite d'accueil s'agissant des personnes inscrites dans une trajectoire migratoire²⁵. Au-delà de la question de la culture, c'est donc avant tout celle de la trajectoire migratoire au sein de laquelle il convient de contextualiser les représentations et logiques de conduites face au VIH. Car, dans nombre de cas, l'émigration constitue dans le même temps un projet d'ascension sociale. L'annonce d'une maladie est dans ce contexte l'incarnation de l'échec du projet migratoire dans son ensemble, d'autant plus quand cette maladie est synonyme de honte et de « déshonneur ».

Sans partir d'une représentation réifiée de l'appartenance culturelle d'une personne, il convient donc plutôt 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 ». Il arrive ainsi que des étiologies sorcellaires puissent être mobilisées²⁶, inscrivant dans un code culturel particulier cet invariant faisant dans toute société de la maladie la sanction d'une inconduite sociale²⁷. Or ce constat aboutit bien souvent à définir la culture un « système de croyances » alors que la bio-médecine et les savoirs biomédicaux représenteraient de véritables connaissances. Cette dualité entre connaissance et croyance²⁸ revient à occulter l'ensemble des savoirs profanes et des logiques sociales au sein desquelles s'inscrivent le

²⁵ « La culture se présente donc, en dernière instance, comme un traitement humain de ces deux phénomènes primordiaux que sont la sexualité et la mort, comme ce qui leur confère sens et valeur en fonction de la vie » Abou S., *L'identité culturelle*, PUF, 1979, p.216

²⁶ NATHAN T., LEWERTOVSKI C., *Le virus et le fétiche*, Odile Jacob, 1998.

²⁷ ZEMPLINI A., *La maladie et ses causes*, L'ethnographie, 1985, vol 2-3.

²⁸ GOOD B., *Comment faire de l'anthropologie médicale ?* Collection Les empêcheurs de penser en rond, Synthelabo, 1998.

recours à des étiologies non bio-médicales, et à sous-estimer les dimensions sociales, culturelles voir religieuses de la médecine et de la santé publique, en s'inscrivant ainsi dans une grille de lecture ethnocentrique.

Se garder de faire de la « culture » l'explication ultime des représentations et logiques de conduites ne doit pas pour autant conduire à censurer tout ce qui relèverait chez la personne malade de références à d'autres logiques de conduites ou adhésion que celles énoncées par la bio-médecine ou l'éducation à la santé et à la sexualité. Ce sont ainsi les enjeux sociaux de la maladie pour chaque personne dans son contexte relationnel et sa trajectoire, migratoire ou non, qu'il convient de prendre en compte dans l'échange que devrait constituer la prévention qui ne saurait être entendue seulement comme l'apport de connaissances par des experts à des personnes « ne sachant rien » ou ayant de « fausses croyances ».

L'anthropologie médicale nord-américaine connaît en anglais trois termes pour désigner ce que la langue française nomme « maladie » : disease, illness et sickness. Ces trois termes distinguent la « maladie du médecin » (disease), la « maladie » telle qu'elle s'inscrit dans le vécu subjectif du malade (illness), et le rôle social que chaque société construit à l'endroit de la personne malade (sickness). L'ensemble de ces dimensions s'inscrit dans un contexte historique, social, politique et culturel. Si cette triade vaut pour toute personne et toute société, la forme particulière de « reconnaissance sociale » que la société française a récemment construit pour l'« étranger malade » nous amène ainsi à un autre enjeu actuel dans l'épidémie.

L'accès aux droits et aux soins

Le rapport 2003 de l'Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers rend ainsi compte de cas de refus d'obtention de la carte « vie privée et familiale » pour des personnes sous traitement, lesquels refus sont motivés par l'existence de traitements disponibles dans les pays d'origines, notamment via la participation de la France à certains programmes d'accès aux anti-rétroviraux.

Or, d'une part l'existence de traitements ne préjuge nullement d'un accès effectif à la prise en charge, et d'autre part la trajectoire et la situation des personnes à l'échelle par exemple de leurs attaches dans le pays dit d'accueil ne sont pas prises en compte.

Le Conseil National du Sida a émis à ce propos un avis en date de février 2004, réitérant le principe d'accès aux soins pour tous quelle que soit la situation au regard du séjour.

Enfin, s'agissant de la mesure de « double peine » qui consiste à punir l'étranger de la prison et d'une interdiction du territoire, elle continue de produire des situations pour certaines personnes étrangères malades « d'irrégularisables-inexpulsables » empêchant, au-delà de l'accès aux molécules, une véritable prise en charge globale, du fait de la mesure discrétionnaire de « réserve de menace à l'ordre public » qui n'autorise pas l'accès à des prestations sociales.

Cet enjeu de l'accès aux soins excède largement le territoire national, dans la mesure où la part des personnes en provenance de zones d'endémie généralisée est aujourd'hui en Europe un fait partagé.

Si le sida donne à voir de manière particulièrement tragique les inégalités nord sud, les chemins de l'épidémie traversent aussi, comme l'avait souligné Jonathan Mann, les lignes de faille d'une société. Ainsi, aux Etats-Unis, les « minorités ethniques et raciales » cumulent 70% des nouveaux cas de sida ; c'est dans ce contexte que depuis l'année 2000 a été lancé par des « leaders » afro-américains une journée nationale le « Black Aids awareness day », tandis que depuis 2003 existe le « Latino Aids awareness day ».

En guise de conclusion

Comme cela a été évoqué, l'étranger a obtenu, sous la condition d'être atteint d'une pathologie grave, une reconnaissance qui lui était contestée dans tous les autres registres de l'activité sociale. C'est aujourd'hui parce qu'il est menacé dans son existence biologique que la légitimité de sa présence sur le territoire est acquise, alors que dans les années 70, c'est sur la légitimité du « corps travaillant » et non du « corps souffrant », qu'elle reposait.

C'est pourquoi il convient de s'interroger sur la pertinence de se contenter « *d'une casuistique de la pitié consistant d'un côté à tout faire pour empêcher l'entrée et le maintien des étrangers sur le territoire national et de l'autre à offrir toutes les ressources de l'état social aux rares immigrés qui auront réussi à passer les mailles du filet* »²⁹

Par ailleurs, si les diverses évolutions soulignées dans ce texte donnent à voir dans quelle mesure le VIH a constitué une « mise à l'épreuve » du « modèle français », il s'agit aussi de s'interroger sur « l'exceptionnalisme » constitué par la légitimation progressive de mesures prenant en compte en France les étrangers et/ou immigrés dans les politiques du sida, alors même que les besoins en termes d'interprétariat par exemple ne saurait s'y réduire, et que l'aide médicale Etat se réduit peu à peu à une « peau de chagrin ».

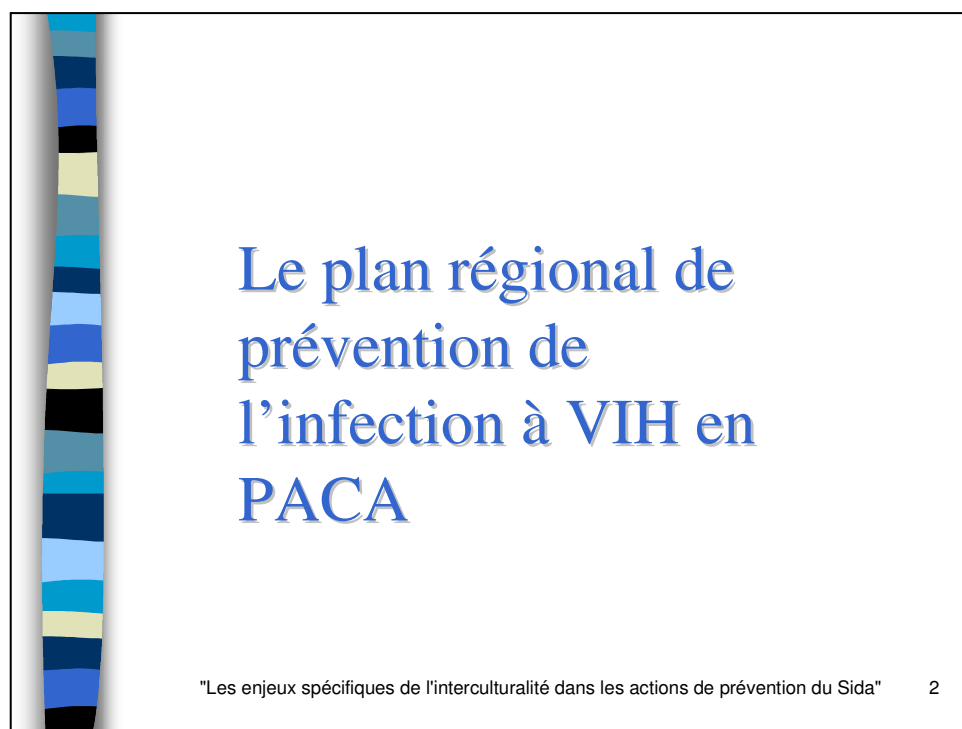
²⁹ FASSIN D., Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalité, nouveaux enjeux, Congrès : Sida et Immigration : Paris : ANRS, 2002.

**Déclinaison en PACA de la politique nationale de lutte contre l'infection à
VIH mise en œuvre en direction
des populations étrangères/migrantes vivant en France
Laurence HILMANN (DRASS PACA)**

L'intervention ci-dessous s'inscrit dans une perspective régionale et restitue la problématique des migrants dans le contexte plus général du plan régional de prévention de l'infection à VIH en PACA.

Concernant la démarche de soin, les éléments du rapport relatifs à l'organisation des soins et à la qualité de la prise en charge des patients infectés par le VIH seront prochainement finalisés et diffusés par la Direction générale de la santé.

Sur le volet prévention, à partir des données nationales et régionales, seront décrits les enjeux ressortissant à la problématique des migrants face au VIH en PACA, en élargissant la question à la notion d'interculturalité et en soulignant l'importance des conditions sociales et économiques qui la sous-tendent.



Le plan régional de prévention de l'infection à VIH en PACA constitue pour les services de l'Etat le cadre dans lequel s'inscrit l'enjeu spécifique des migrants. Il est le fruit de la déclinaison du plan national de lutte contre le VIH et tient compte non seulement des particularités de l'épidémie en région PACA mais aussi des actions menées sur le terrain.



Les objectifs du plan régional

- Accentuer et adapter la prévention parmi les homosexuels masculins
- Améliorer l'accès à la prévention et au dépistage des personnes ayant des difficultés liées à leur langue maternelle, à leur culture...
- Renforcer la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues

"Les enjeux spécifiques de l'interculturalité dans les actions de prévention du Sida"

3



Les objectifs du plan régional

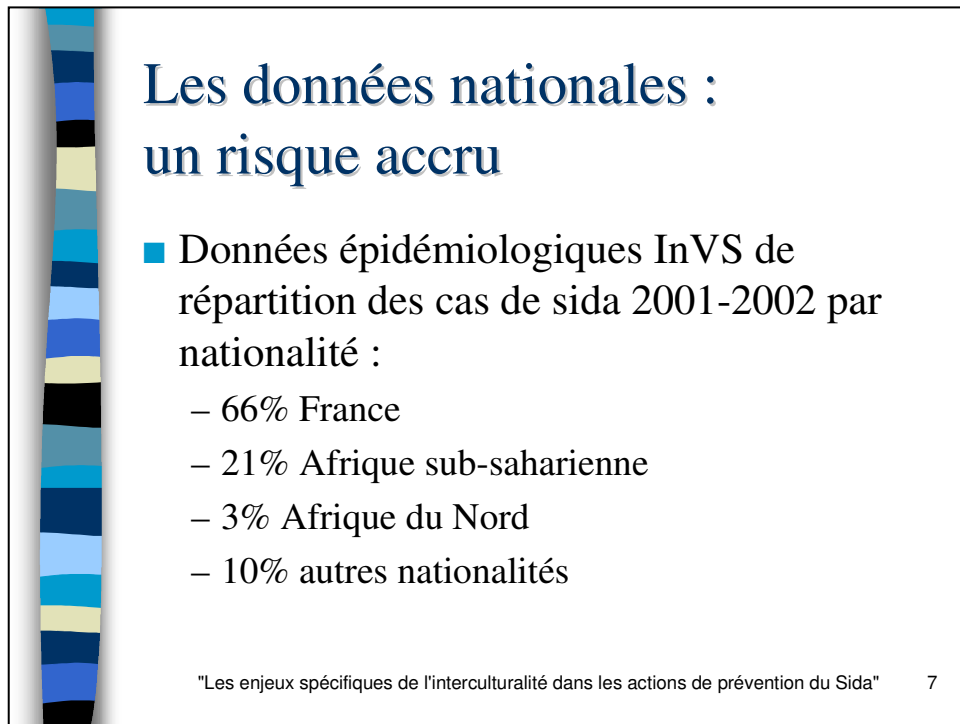
- Agir directement dans les situations de pratiques sexuelles anonymes ou de groupe
- Maintenir en direction de la population et particulièrement des jeunes et des femmes un dispositif fort de prévention
- Inciter et accompagner la démarche de dépistage
- Permettre aux détenus de bénéficier des actions de prévention et de promotion de la santé intégrant le VIH

"Les enjeux spécifiques de l'interculturalité dans les actions de prévention du Sida"

4

Il convient de replacer la problématique des migrants parmi les 7 objectifs de prévention retenus dans le plan régional, qui adopte la démarche populationnelle mise en œuvre à partir de 2001 en France.

Les objectifs régionaux ont été définis en fonction des données démographiques et épidémiologiques régionales, de l'analyse des appels reçus à Sida info service (SIS) PACA, de la littérature identifiée par le Centre régional d'information et de prévention du Sida (CRIPS PACA) et de l'analyse des actions menées en 2002. Il faut noter que les objectifs n'ont pas été classés par ordre de priorité.



Les données épidémiologiques disponibles en France concernant les cas de Sida et l'infection à VIH parmi les migrants ne concernent que les personnes de nationalité étrangère. Les chiffres présentés sont des données consolidées pour les cas de Sida, quel que soit le mode de transmission du virus (voie hétérosexuelle, homosexuelle ou injection de drogues par voie intraveineuse).

Actuellement, la tendance qui se dessine est celle d'un accroissement important de la proportion de personnes étrangères parmi les nouvelles contaminations en France entière. Elle représente une population particulièrement exposée, en tout premier lieu dans la région Ile de France.



Les données régionales : une épidémiologie différente

- Données démographiques INSEE concernant les personnes nées à l'étranger, de nationalité française ou étrangère :
 - 9,6% PACA
 - Origine : Maghreb et Europe
- Données épidémiologiques InVS :
 - 5,6% des patients VIH/sida sont étrangers

"Les enjeux spécifiques de l'interculturalité dans les actions de prévention du Sida"

9

Les caractéristiques démographiques de la région PACA, qui ont servi de base au plan régional, sont les suivantes :

- une plus forte proportion de personnes migrantes dans la population générale que les autres régions française ;
- une origine migratoire du Maghreb très majoritaire.

Ces particularités influent sur les données épidémiologiques.



Les données régionales : une épidémiologie différente

- Répartition des cas de sida par nationalité 2001-2002 (InVS sept 2003) :
 - 90% de nationalité française
 - 2% d'Afrique sub-saharienne
 - 3% d'Afrique du Nord
 - 5% d'autres nationalités
- Autres spécificités régionales

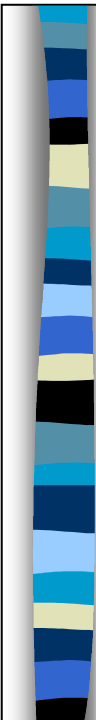
"Les enjeux spécifiques de l'interculturalité dans les actions de prévention du Sida"

10

La répartition des cas de Sida par nationalité en PACA pour les années 2001 et 2002 fait ressortir un faible pourcentage de personnes migrantes par rapport aux chiffres d'autres régions comparables. Cette différence s'explique en grande partie par la moindre implantation des personnes d'origine sub-saharienne et un taux d'incidence du VIH des personnes de nationalité du Maghreb comparable à celui des personnes de nationalité française.

Ce constat a amené le groupe de travail régional à adapter l'objectif du plan national de lutte contre le VIH consacré aux migrants pour intégrer la problématique plus large des difficultés d'accès à la prévention en lien avec la langue, la culture et les conditions de vie.

Toutefois, les données épidémiologiques dont nous disposons restent encore à affiner avec le recueil des déclarations d'infection à VIH, dès lors que le dispositif aura permis de construire une image fiable de l'infection en région PACA. Les informations qui pourront en être extraites tant en terme de trajectoire des migrants, de processus de contamination et de modalité de dépistage permettront une lecture beaucoup plus précise et dynamique de la situation et le cas échéant l'adaptation de la stratégie régionale en matière de VIH / migrants. Par ailleurs, d'autres éléments non chiffrés, faute de mesure en la matière, retiennent particulièrement l'attention dans le plan régional : la situation des populations venues des pays de l'Est de l'Europe, celles des gens du voyage (sédentarisés ou non), les personnes en situation irrégulière ainsi que l'immigration récente.



L'objectif régional

- Améliorer l'accès à la prévention et au dépistage des personnes ayant des difficultés liées à leur langue maternelle, à leur culture...
- Thématique globale de santé communautaire
- Prise en compte des gens du voyage et de la problématique des clandestins

"Les enjeux spécifiques de l'interculturalité dans les actions de prévention du Sida" 12

L'objectif « migrants » du plan national de lutte contre le VIH a donc été redéfini en PACA pour prendre en compte des populations plus larges et inclure l'ensemble des problématiques touchant aux difficultés d'accès à la prévention et au dépistage.

Cette rédaction permet de cibler des personnes qui n'apparaissent pas dans les statistiques, en particulier celles qui ont acquis la nationalité française ainsi que les personnes « issues de l'immigration ». L'accent est ainsi placé sur les conditions de vie, les difficultés d'ordre socio-économique ou de statut juridique, qui sont autant de freins à l'accès à la prévention et

Les facteurs facilitants et les obstacles à la mise en place d'actions spécifiques Dr Brigitte REBOULOT (CRIPS PACA)

A partir du séminaire intercrips « Migrants et VIH » qui a permis en octobre d'échanger sur des expériences régionales différentes, je vais vous présenter des éléments facilitants ou au contraire repérés comme obstacles dans la mise en place d'actions spécifiques en direction des populations migrantes. Cette liste n'est évidemment pas exhaustive et les travaux des ateliers cet après-midi vont probablement compléter et affiner cette approche.

Distinguer deux types d'actions :

- actions de formation, de sensibilisation, qui s'adressent aux acteurs déjà existants sur le terrain :
 - soignants, associations, travailleurs sociaux, éducatifs en contact avec les populations migrantes
 - ou associations communautaires
- 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, l'accès à l'information et à la prévention

Actions de formation

Facteurs facilitants :

- Pluridisciplinarité des participants (plus riche, meilleure approche diversifiée des populations migrantes)
- Privilégier une formation transversale
- Formation et réflexion sur les spécificités culturelles
- Travail sur les représentations avec les associations communautaires
Il faut que ce soit un échange – Formation à double sens
- Information des professionnels sur les ressources possibles dont peuvent avoir besoin certaines personnes étrangères et les droits existants : AME, droit au séjour pour raisons médicales...
- Inciter à organiser des rencontres "hors les murs" avec le public migrant

Obstacles :

- **Pluridisciplinarité** des participants (difficulté de mise à niveau commun)
- **Objectifs différents** pour la formation (certains participent à la formation pour monter des actions, d'autres juste pour mieux comprendre soit le sida, soit les populations migrantes)

- Difficulté de faire réfléchir les acteurs sur leurs représentations avec une **remise en cause** de leurs pratiques.
- Manque de reconnaissance dans l'échange. Les professionnels de la santé ont à apprendre des associations communautaires.

Actions de terrain

Facteurs facilitants :

- partir des besoins et des attentes du public migrant : le thème sida n'est pas forcément le sujet le plus porteur : définir des thèmes prioritaires sur la santé, les pathologies d'actualité (tuberculose, hépatites, paludisme, sida), les conseils de prévention pour les voyageurs (pèlerinage, voyage au pays...), l'accès aux droits sociaux.
Les pathologies qui touchent les populations migrantes sont réparties en trois types :
 - * celles importées du pays d'origine
 - * celles dues aux conditions de vie précaire et à la promiscuité
 - * celles liées au défaut de prévention
- élaboration commune des actions de santé publique avec les publics concernés.
- impliquer tous les acteurs aux différentes étapes du projet. Par exemple dans les foyers, interventions auprès des institutionnels, des gestionnaires du foyer, visites de courtoisie auprès du comité des résidents, du comité des sages, des instances religieuses, avant de mettre l'action en œuvre.
- le respect de l'altérité, des traditions et des valeurs (par exemple, ne pas condamner de front le lévirat mais essayer d'inciter au dépistage des personnes concernées quand elles veulent respecter la tradition).
- participation de médiateurs de santé ou au minimum de traducteurs.
- partenariat de proximité qui permet d'accompagner ceux qui le souhaitent dans leur démarche de prise en charge, d'identifier les structures ressources.
- prévoir une permanence où le public peut venir chercher un conseil ou proposer une idée en dehors des séances.
- utiliser du matériel adapté, vidéos, cassettes audio dans la langue d'origine ou photolangage. S'appuyer également sur des outils de prévention utilisés au pays. Les messages sont parfois mieux perçus quand ils prennent en compte l'expérience du pays ou de la communauté d'origine et permettent de montrer ce que le Sud peut apporter ici. Cela montre aussi qu'on fait la même chose ici et là-bas.
- profiter d'autres activités pour insérer l'éducation à la santé : alphabétisation, ateliers cuisine, manifestations festives qui permettent la convivialité.
- **inscrire l'action dans la durée et la régularité** : réunions fréquentes, régulières avec un thème prédéfini et les acteurs de santé adaptés au thème.

Obstacles :

- difficulté à repérer le public ciblé, à le toucher et à le mobiliser. En particulier, les personnes en situation irrégulière sont par nature difficilement repérables et ne souhaitent souvent pas être contactées.
- imposer un programme d'action « tout fait » sans la participation du public concerné dès le début du projet.
- la multiplication des problèmes du public à qui on s'adresse. Les femmes par exemple, cumulent le caractère d'étrangères, de malades parfois, mais aussi et surtout, de personnes en **situation précaire** et ce d'autant plus que le faible nombre d'autorisations de travail accordées ne leur permet souvent pas de subvenir à leurs besoins.
- la vulnérabilité de la solitude pour les hommes vivant en foyer qui ne sont ni d'ici, ni de là-bas, avec un grand isolement affectif et sexuel associé à une situation socio-économique difficile.
- Il faut du temps pour monter un projet vers une population étrangère. Souvent des mois de préparation avant toute action : les volontés s'épuisent parfois devant les obstacles, administratifs, financiers.
- Il faut des moyens et des structures « organisées ». Il faut avoir un statut d'association pour obtenir des financements. Les démarches administratives sont longues et complexes surtout pour des personnes étrangères. De plus, les financements de fonctionnement sont quasi inexistantes, ce qui pousse des associations « débutantes » dans la quête d'actions rapides souvent peu pertinentes pour exister et survivre. Même les associations ayant pignon sur rue ont actuellement de vrais problèmes de financement avec la baisse des crédits consacrés au sida, ce qui pose une question d'actualité : « Faut-il être précaire pour s'occuper des précaires ? »

Conclusion

Des questions restent en suspens :

- la légitimité des intervenants
- le concept de médiation en santé
- La nécessité de suivi et d'évaluer les actions.
Quelque soit la qualité de la formation organisée, la motivation des participants, le niveau acquis, on ne sait jamais si les acteurs qui ont été formés mettent en place des actions en direction des populations migrantes.
- **Existe-t'il une réelle volonté politique de s'occuper de l'épidémie dans la population migrante ?**

En effet, l'antagonisme existant entre les priorités du plan VIH et la diminution des crédits consacrés à la lutte contre le sida nous interroge.

L'effort consenti par l'INPES, agence d'Etat, dans la production et la diffusion d'outils de prévention en direction des personnes migrantes est remarquable et parallèlement on peut s'interroger sur la très nette diminution des financements de la prévention. Quels intervenants restera-t-il pour utiliser ces outils ?

De même, l'amendement sur le droit au séjour pour raisons médicales, voté en 1999 et reconduit par les lois Sarkozy en 2003, qui donne un permis de séjour d'un an et l'accès à la CMU « sous réserve que la personne ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire », montre un réel effort de l'Etat en direction des populations du Sud qui n'ont pas accès aux traitements antirétroviraux. Parallèlement, ces derniers mois dix africains, originaires du Ghana, de Madagascar, de Côte d'Ivoire, ont été expulsés. Les rapports des médecins inspecteurs ayant conclu à un accès possible au traitement du sida dans leur pays d'origine.

Les mesures prévues de restriction de l'AME (Aide Médicale d'Etat) au cours des trois premiers mois de présence en France posent un vrai problème de santé publique face aux cas de tuberculose par exemple. Ces restrictions ont ému de nombreuses associations mais aussi des parlementaires, comme Marie-Anne Montchamp dont la commission de travail sur des pistes alternatives a bloqué pour l'instant les décrets d'application. Il faut rappeler que la réforme de l'AME fait partie de la loi de financement de la sécurité sociale et devrait permettre d'économiser quelques centaines de **milliers** d'euros sur un déficit évalué à 13 **milliards**.

Atelier 1 : Les actions dans les foyers d'hébergement

Rapport : Dominique CHANAUD (Cellule de santé Publique/DMI2 APHM)

Les facteurs facilitants

- Importance du travail préparatoire avec les résidents et les animateurs sur les sites, afin de favoriser l'adhésion des participants au projet
- Prendre en compte les préoccupations et les situations réelles de participants afin de créer un lien fort et de permettre une meilleure appropriation des messages de prévention
- Existence de demandes sur d'autres thèmes que le sida : toxicomanie, VHC... qu'il est important de pouvoir accompagner
- Inscription de ce travail dans la durée :
 - Supervision et formation des équipes
 - Lister les ressources : outils pédagogiques adaptés...

Les constats de terrain

- Action à double cible : résidents et personnel des foyers, les actions sont plus cohérentes quand un travail est réalisé en parallèle avec les équipes et les résidents
- Existence de relais sur le terrain pour la pérennité de l'action
- Possibilité de rencontrer afin d'effectuer un travail de prévention les prostituées connues, qui reviennent régulièrement auprès de cette population
- Trois constats venus de l'expérience :
 - Les cultures ne sont pas une barrière, seul compte la posture du professionnel de prévention
 - Non jugement des intervenants
 - Toute personne est capable d'intégrer des informations objectives malgré des pratiques propres et des croyances différentes

Obstacles

- Diversité des publics :
 - Nouveaux publics (pas toujours issus de l'immigration)
 - Demandeurs d'asile
 - Gens du voyage
 - Etudiants étrangers
 - Fonctionnaires d'état (les ALOTRA accueillent des militaires Africains qui viennent en France compléter leurs études)
- Problème d'intégration dans les quartiers car ces cités sont perçues comme de véritables ghettos
- Taille des logements allant de 10 à 333 places
- Travail de partenariat avec des réseaux difficiles à mettre en place (peu de structures actuellement investies dans les foyers)
- Absence de soutien des professionnels de prévention sur le terrain qui peut conduire à un essoufflement (ce phénomène est au commun à de nombreux acteurs de prévention)
- Difficulté d'évaluation des actions (problème de financement et d'aide extérieure)

Atelier 2 : La prévention auprès des femmes migrantes

Rapport : Céline BENAETH (Ecole des Parents et des Educateurs BdR)

Il est ressortit de façon unanime que **la précarité était le facteur problématique** dans la prévention chez les femmes migrantes.

En effet, il complique l'accès aux soins et rend l'information difficilement accessible. La variable migrante (c'est-à-dire étrangers ou français issus de l'immigration) entrerait en compte qu'en second lieu. Il va de soi que ce facteur se rajoute aux difficultés précitées notamment sur le plan linguistique et culturel.

- Présentation de l'intervenant Cathy Chambard : Infirmière au CDAG Saint Adrien, animatrice sur le programme « Femmes, Santé, Sexualité si on en parlait... »

Présentation du programme, exposé de cas de réussite et d'échec auprès de femmes migrantes.

Ce que l'on peut dire autour de cet exposé. Deux cas de figure où les femmes sont très impliquées, elles participent et elles deviennent des relais auprès de leur communauté ou bien elles ne participent pas jusqu'au bout au programme. Les raisons pour lesquelles elles interrompent le programme se posent :

- Leurs maris ont-ils pris connaissance de cette action et ont-ils émis un droit de veto ?
- Parler de sexualité à une femme « blanche » est-il trop difficile ? Y a-t-il une barrière culturelle invisible ?

D'un point de vue général il est important de rappeler que les femmes présentent face à l'infection à VIH des vulnérabilités spécifiques qu'elles soient d'ordre biologique, économique, social.

- Présentation de l'association Afri santé par le Dr Issa Kone : Cette jeune association a pour objectif de faire de l'éducation populaire sur les risques sanitaires auprès des populations d'origine subsaharienne.

Il soulève que :

- les campagnes de communication même celles ciblées pour ce public là ont peu d'impact.
- Il est difficile d'atteindre et de rencontrer ces populations. Il rappelle que la précarité, plus l'exil, plus les conditions de vie sont des facteurs qui compliquent à rencontrer ces populations dans les espaces publics et par conséquent à rendre l'information accessible.

Leur démarche pour mettre en place leur objectif est de passer par des relais et/ou d'investir les tontines. Leur souhait est de trouver des moyens pour aider les associations informelles.

Au niveau de leurs actions, dans le cadre de la journée mondiale contre le sida ils ont mis à disposition dans les commerces du cours Belsunce des préservatifs féminins.

Au sujet des préservatifs :

- Concernant les préservatifs féminins il est ressorti dans ce groupe de travail que ce mode de protection était utilisé dans le milieu prostitutionnel lorsque le client ne souhaite pas utiliser de préservatif masculin. Ils restent chers, peu distribués et encore peu connus.
- Concernant les préservatifs masculins il ressort que de nombreuses personnes ne savent pas ou s'en procurer des gratuitement.

Un rappel sur l'avancée de plusieurs pays africains a été mis en avant. Au début de l'épidémie le sigle SIDA était interprété par certaines populations africaines comme : Syndrome Inventif pour Décourager les Amoureux.

Exemple : Le président du Mali a été filmé avec un préservatif masculin.

On note dans plusieurs pays une prise de conscience plus importante chez les femmes qui tend à les rendre très dynamiques dans la lutte contre cette épidémie.

- Présentation d'une étude de cas par Françoise Moulard de Sol En Si :

Présentation d'un parcours de vie d'une femme étrangère orientée par les services de la DIS en 1994.

Cette femme venue d'ailleurs est arrivée en France et a été visiblement récupérée par un réseau prostitutionnel. Après avoir parcouru plusieurs villes de France elle arrive à Marseille où elle tombe enceinte, se fait rejeter du réseau et se retrouve à la rue. Cette femme se retrouve à la rue, ne parlant pas français. Elle est reconnue dans la rue, au faciès, par une de ses compatriotes qui l'hébergera quelques temps et l'orientera sur les services sanitaires et sociaux.

La parole au sein de cet atelier a circulé autour de la prévention des femmes, qu'elle soit primaire ou secondaire.

Au niveau de la prévention secondaire :

- l'association femmes positives est intervenue pour aborder les questions telles que : comment gérer sa séropositivité tant sur un plan personnel que dans une relation amoureuse c'est-à-dire comment gérer sa sexualité, comment annoncer à l'autre sa séropositivité ? comment faire tomber la honte ressentie ?
- L'axe important sur ce volet a été de pouvoir rassurer les femmes sur la confidentialité face à leur sérologie (dépistage) et ce qu'elles soient migrantes ou pas.

Au niveau de la prévention primaire :

- on note un gros effort de l'INPES pour avoir mis à disposition des outils de diffusion traduits en 21 langues.
- Les acteurs de prévention s'accordent à dire qu'il est important de passer par des relais pour pouvoir toucher les femmes.
- la mise en lien entre les acteurs de prévention et ceux des associations communautaires reste une charnière essentielle afin d'informer les femmes migrantes sur les risques sexuels : VIH, IST, IVG....

Atelier 3 : L'accès aux soins des personnes étrangères vivant en France

Rapport : Sylviane CARBONE (Réseau Canebière « Le Cabanon »)

La qualité et la diversité des interventions ne nous ont pas apporté de réponses mais beaucoup de questions et de constats pas toujours positifs.

Partant de la simple phrase "Accès aux soins des personnes étrangères vivant en France", une 1^{ère} question émerge : que met-on derrière le terme "personnes étrangères" ? Quels sont les facteurs qui vont faciliter une démarche de soins ?

- l'accès à la régularité du séjour
- l'accès aux droits médico-sociaux (AME aide médicale état, CMU)
- l'accès au logement (les CHRS ne prennent en charge que les personnes en situation régulière)
- la compréhension de la "langue", des coutumes, des démarches...

Une personne qui arrive sur le territoire français n'a aucun droit, sinon d'être soignée et seulement si elle peut justifier de plus de trois mois de présence ou être en état d'urgence (l'urgence est le seul cas où la prise en charge est possible).

De fait, la maladie devient une identité. Un malade qui peut s'inscrire dans une démarche de soins est un malade qui peut potentiellement avoir droit à un titre de séjour (la loi en vigueur a plus de 15 ans).

Même si l'offre de soins est correcte (données Atelier Santé Ville), un vrai problème d'accès aux soins se pose lié ou pas au fait que peu de soignants, en ville, acceptent l'AME et sont donc submergés.

Une phrase du Dr Malika Moktari paraît d'à propos : "le sida est la maladie de l'exclusion". En luttant contre les vulnérabilités des précaires (juridique, sociale, économique...) on doit pouvoir faciliter l'accès aux soins des personnes.

En conclusion, beaucoup de sujets évoqués et d'autres pas. Ces rencontres avaient plusieurs objectifs, l'un d'entre eux semble atteint puisque 9 personnes (1/3) de cet atelier s'inscrivent dans une dynamique de prochaines rencontres et de réflexion.

Atelier 4 : Les spécificités sociales et culturelles des actions de prévention sida auprès des jeunes de quartier

Rapport	Juliette WATERLOT (EMIPS 13)
----------------	-------------------------------------

Le constat :

- une grande méconnaissance chez les jeunes sur la physionomie et la physiologie. Des informations de base non acquises, ce qui surprend encore les acteurs de santé.
- des prises de risques majeures
- un manque d'intérêt et de motivation de la part des « professionnels relais » (au contact des jeunes) pour le sujet : « le sida n'est pas notre urgence, notre priorité »
- de prime abord, un manque d'intérêt de la part des jeunes eux-mêmes

Facteurs facilitant :

- disposer de temps pour monter une action. Le temps n'est pas perçu de la même façon selon que l'on soit une jeune, un animateur de quartier, un financeur, ... Il faut mettre les « temps » de chacun en cohérence.
- avoir une porte d'entrée thématique bien plus vaste que « le Sida », partir de l'intérêt des jeunes.
- former les « relais » en amont d'une action avec les jeunes, pour les motiver et leur montrer l'intérêt du travail, leur place dans le projet.
- une bonne communication pour intégrer au plus vite toutes les personnes qui seront impliquées, à tous les niveaux
- impliquer les jeunes le plus tôt possible dans le processus de montage de l'action. Eviter qu'ils en soient de simples usagers.

Nos envies :

- considérer que les échecs ne sont en fait que des étapes.
- nous appuyer sur les envies et les compétences des jeunes pour parler de santé
- travailler parfois en séparant puis en réunissant les filles et les garçons
- proposer des outils de discussion/échange aux parents
- décloisonner les thèmes de santé
- mobiliser plus de partenaires et plus de moyens.

Remarque :

Nous constatons en fin d'atelier que l'origine des jeunes n'a pas été discutée. Pourtant, un animateur, lui-même d'origine maghrébine témoignait de la difficulté à être dans une culture « entre-deux ».

ANNEXES

CONTRIBUTIONS AUX ATELIERS

ATELIER 1 : Les actions dans les foyers d'hébergements

Résumé d'intervention du Dr Djawad GUERROUDJ (MdM)
**« Action de prévention VIH VHC auprès des migrants résidents dans les foyers
Sonacotra et Alotra des Bouches du Rhône »**

Historique

En 1996 Robert Vuarin remet à la DDASS un rapport sur l'épidémie aux frontières commandité au GIRAST. En 1997, à l'occasion d'une formation du Dr Allouche de l'ALS (Lyon) le principe d'une intervention est décidé entre la DDASS et le Dr Guerroudj qui rédige un projet inspiré de celui de l'ALS.

« Médecins du Monde » est sollicité pour porter ce projet puis décline cette proposition. Entre temps une mission exploratoire complémentaire est confiée à l'association « Santé et Communication » de novembre 1998 à février 1999.

L'ADRIAM et l'APASO sollicités refusent le projet qui est finalement porté par le « Mouvement Français pour le Planning Familial » qui venait de mener une expérience de prévention au foyer Sonacotra d'Aubagne.

Ce projet verra l'intervention de l'équipe dans une dizaine de foyers de septembre 1999 à octobre 2000 sous la houlette successive de deux coordinateurs : le Dr Guerroudj puis Mlle Naima Koudicha. Des changements à la direction du MFPPF signeront l'arrêt du projet qui ne sera plus repris ensuite.

Modalités d'intervention

Chaque intervention nécessite une préparation d'une quinzaine de jours par foyer, période pendant laquelle le coordinateur rencontre la direction du foyer, les personnes ressources éventuelles et surtout les résidents pour les informer de l'action. L'information est renforcée par un affichage bilingue.

Puis l'action elle-même, menée par une équipe d'intervenants du MFPPF et de volontaires du CIDAG se déroule en trois séances de deux heures (une par semaine) le vendredi soir.

La première permet la présentation des intervenants par l'animatrice, la formation d'ateliers, la réalisation d'un pré test (planche de photos) puis la projection du film « Le sida sauf votre respect », suivi d'un débat conduit par l'animatrice.

La deuxième séance est essentiellement didactique : une projection de diapos reprend les photos du test et explicite le sida, les modes de transmission, la prévention et les traitements. Le tout de façon attractive, ni trop ludique ni trop intellectuelle et basée uniquement sur la transmission orale. Un débat suit la projection.

La troisième séance se déroule en atelier, avec la réalisation du post test et des groupes de parole sur le sida, la sexualité, la santé et l'hygiène. Une collation clôture la session et regroupe l'ensemble des participants.

Chaque séance a été suivie d'une analyse de la pratique, généralement dans un café à proximité du site d'intervention.

Lors de chaque séance du matériel de prévention est mis à la disposition du public.

Discussion

Elle a porté essentiellement sur la pertinence d'un tel projet actuellement et la nécessité d'élargir le champ d'intervention aux problèmes de santé d'une manière générale, ce qui était déjà sous-entendu dans le projet initial. Le matériel pédagogique utilisé devra aussi être remanié.

Résumé d'intervention de Nathalie BERTHE
ASSOCIATION POUR LE LOGEMENT DES TRAVAILLEURS (ALOTRA)
«Les actions dans les foyers d'hébergement»

PRESENTATION D'ALOTRA

ALOTRA, association régie par la loi de juillet 1901, dont le siège social est situé 33, boulevard du Maréchal Juin – 13 004 Marseille, gère depuis 1954, dans le département : des Bouches-du-Rhône :

- des établissements à vocation sociale soit 6 résidences sociales,
- une structure pour fonctionnaires d'Etat (depuis octobre 1999),
- un bidonville sur Cassis (depuis 2001)
- une résidence pour étudiants étrangers (depuis 2003) ,
- un dispositif d'accueil d'urgence pour demandeurs d'asile
- et une aire d'accueil pour gens du voyage (depuis 2004)

LE PUBLIC ALOTRA SE DIVERSIFIE :

le public immigré isolé vieillissant

le public de plus de 30 ans jusqu'à la retraite

Les familles Demandeurs d'Asile Issues majoritairement des pays de l'Est

Les gens du Voyage : L'aire accueille majoritairement des manouches

Les étudiants : Venus de partout dans le monde (Chine, Brésil, Amérique, Pays d'Europe, Russie, Japon, Maroc,...), ALOTRA doit s'adapter et concilier l'ensemble de ces cultures à bien vivre ensemble.

Les fonctionnaires d'Etat

L'INTERVENTION SOCIALE ALOTRA se met en place dès janvier 2001.

Pour cela, la Direction Interventions Sociales s'est dotée **d'une équipe sociale composée de 6 gestionnaires sociaux** ayant une formation dans le travail social (Conseillère ESF, Assistante sociale, Conseillère conjugale ...) et **de 3 animateurs** (santé, jardin et socioculturel)

Cette mise en place de gestion sociale a fait émerger des besoins et des demandes.

Ainsi **sur la résidence sociale LE CLOS DES ROSES** ancien FTM et agréé aujourd'hui en résidence sociale, **quelques résidents ont réclamé des informations sur le SIDA (en 2002)**. La résidence est composée de 60 % d'anciens travailleurs immigrés et de 40 % de nouveaux publics en difficulté sociale dont 13% de femmes.

ALOTRA rencontre alors la Cellule Sida **DDASS 13** qui nous met en lien avec l'association **ACCES**.

Pour mieux analyser la demande, ALOTRA établit un questionnaire sur les connaissances et les besoins de notre public en matière de VIH et santé sexuelle. **→52 % (56 personnes) sont interrogées.**

Il en ressort que :

- **63% trouvent nécessaire d'installer un distributeur de préservatif**
- **71% disent être suffisamment informés sur la problématique VIH**
- **42% disent avoir des comportements à risque (prostitution rapports non protégés, multiplication des partenaires)**
- **51% ont des connaissances partielles voire inexistantes sur les MST**
- **25% demandent à avoir une information sur le thème du SIDA.**

Les femmes (plus de 40 ans) sont plus impliquées mais elles souhaitent avoir un espace pour en parler plus librement.

Pour le public immigré, le sujet reste tabou. Même pour un accompagnement social, la démarche est difficile. Il existe beaucoup de méfiance.

Compte tenu de ces chiffres et de l'analyse de l'environnement en matière de prévention SIDA, ALOTRA et ACCES proposent la mise en place d'une action intitulée « Prévention Info SIDA » sur une période de 12 mois, à titre expérimental, pour informer, aider et accompagner les résidents du CLOS des ROSES. Ce projet est aussi ouvert aux habitants du Quartier Pont de Vivaux.

Il s'agit donc de créer une dynamique de sensibilisation et d'action sur le VIH et le SIDA, ainsi que d'autres infections ciblées par la santé publique (Hépatites virales et MST).

Concrètement,

- **Une campagne de sensibilisation se fait pour annoncer le projet : auprès des travailleurs sociaux du quartier, des associations environnantes, des médecins, pharmacies du quartier, d'un groupe ILLIS, centres sociaux...**
- **Des animations collectives se mettent en place pour sensibiliser les résidents, les habitants et les divers personnels de structures**

- **Une permanence pour des entretiens individuels s'organise deux fois par mois.**
- **Une demi journée de sensibilisation est proposée aux salariés d'ALOTRA**
- **Une distribution de préservatifs est proposée**

Cette première année expérimentale nous amène à faire le constat suivant :

- Les publics âgés de 40 ans se retrouvent à parler de leur peur de reprendre une vie sexuelle après une longue rupture dans une relation amoureuse
- Les publics de plus de 50 ans qui consultent les travailleurs du sexe se considèrent peu concernés par la protection sexuelle.
- La nécessité de faire mener les entretiens par une femme ou un homme pour faciliter la parole des deux sexes.
- Les dépendances alcoolique, toxicologique et médicamenteuse ne peuvent être ignorées.

Parallèlement, ALOTRA développe ses différents hébergements et de fait, diversifie son public avec un public jeune et étranger sur la résidence pour étudiants à LUMINY.

ALOTRA et ACCES interpellent une nouvelle fois la DDASS pour élargir l'action sur d'autres résidences ALOTRA.

En juin 2003, la DDASS propose alors une convention pluriannuelle d'objectifs liant l'Etat et l'association ACCES pour la poursuite d'un programme d'actions mené dans les établissements ALOTRA.

Face à la diversité des publics reçus et des problématiques santé rencontrées, ALOTRA s'est engagé aussi sur une formation avec la SCOP CONFLUENCE Madame BEJELOUNE Anthropologue sur l'analyse et la pratiques professionnelles dans le champs de l'interculturalité.

Aujourd'hui, ACCES intervient sur quatre sites ALOTRA. Une réflexion est actuellement menée pour une intervention auprès des gens du voyage et des familles de demandeurs d'asile accueillis depuis quelques mois par ALOTRA.

Résumé d'étude de cas
Jacqui. SCHNEIDER et Alexandre O'LENINE (ACCES)
« Facteurs favorisants, freins et freins pressentis
avant l'animation à la résidence sociale Viala Anjou »

Après une rencontre avec l'animatrice santé on a pu repérer quelques facteurs favorisants et freinants par rapport à cette action :

Facteurs favorisants –

- Existence préalable d'un travail de promotion de la santé au sein de la résidence
- Rôle de l'animatrice santé du foyer, sa proximité avec les résidents et la qualité de son contact avec eux

- Présence de personnes extérieures au foyer (ACCES) peut favoriser l'expression de choses peut-être plus difficiles à dire à des travailleurs sur place
- Intervention basée sur le counselling, sous entend une intervention marquée par le non-jugement des valeurs et positionnements de résidents
- Le fait d'offrir à la fois les informations collectives et les permanences individuelles confidentielles et anonymes permet de travailler les questions dans le temps
- Ce temps permet de construire les relations de confiance

- Freins :**
- Difficulté de la thématique (sexualité, pratiques sexuelles, VIH, IST, etc.)
 - L'âge des résidents qui ne se sentent pas concernés par le VIH et qui sont plus préoccupés par d'autres thématiques de santé, par exemple les problèmes de santé liés au vieillissement
 - Les conflits entre les valeurs religieuses et les pratiques sexuelles réelles

Freins pressentis mais non avérés :

- Barrière de la langue : un interprète était prévu mais la défection de ce dernier n'a pas posé de problème lors de l'animation.
- Relation des résidents avec des prostitués : nous pensions qu'il y aurait des réticences de la part des résidents à aborder ces questions, en fait ils en ont parlé pendant et après l'intervention

Déroulement d'une intervention :

Nous nous sommes présentés et nous avons commencé par un recueil de connaissances et de croyances sur le VIH et le SIDA dans le groupe. A partir de ceci nous avons pris un par un les éléments présentés et discutés ensemble avec les groupes

Nous avons parlé d'une croyance retenue par un homme (lui-même ayant appris ceci par une femme prostituée) que « le vagin a une protection naturelle contre le VIH » ; nous avons introduits la notion de protection imaginaire.

On nous a expliqué comment fonctionne la prostitution au sein de la résidence.

Après l'animation un vieux monsieur du maghréb a dit à un des animateurs qu'en tout cas ces femmes « ne sont pas les arabes, mais les putes ». Cet homme est un client de ces femmes.

La question pour l'étude de cas est la suivante :

Nous allons retourner à la résidence pour mener les animations collectives et les permanences individuelles. Comment pouvons nous aborder la question de la protection entre clients et prostituées, et comment aborder cette question des « putes qui ne sont pas des arabes » ??

Les propositions d'ACCES :

1. travailler avec les messieurs résidents dans ce groupe pour qu'ils deviennent des relais auprès des autres messieurs résidents qui ne viennent pas aux animations
2. promouvoir l'échange d'informations entre clients et femmes prostituées ; promouvoir un respect mutuel et le partage d'informations

3. proposer la possibilité de rencontre entre les femmes et ACCES
4. informer les messieurs de l'existence d'Autres regards afin qu'ils en informent les femmes prostituées
5. proposer de revenir sur le site pour retravailler ces questions.

La situation socio-politico-juridique des résidents peut être un facteur plus ou au moins aussi important que la culturalité, c'est à prendre en compte dans les actions

Il faudrait peut-être éviter les généralisations culturistes

Examiner le postulat que toute personne est capable d'intégrer les données objectives à partir de leurs pratiques personnelles (dites et non dites)

La mise en place de relations de non-jugement (dans la mesure du possible de chacun et chacune) et de confiance facilite l'expression des croyances et connaissances

Par exemple à Clos des Roses (une autre résidence où nous intervenons) où on va depuis 2 ans, les résidents nous attendent pour discuter. La dernière fois il y avait long débat sur pourquoi il y avait des hommes qui ne se soucient pas du plaisir et du désir des femmes, ce qui a donné un débat sur l'éducation des filles et des garçons en matière de sexualité. Il s'agissait d'un groupe de cultures variées mais le débat était fortement mené par des hommes du Maghreb de deux générations.

ATELIER 2 : La prévention auprès des femmes migrantes

Résumé d'étude de cas Françoise MOULARD (Sol en Si)

Objectifs : accéder à l'autonomie financière, administrative et aux soins

Prévention secondaire :

Dans le cadre de Sol En Si, la prévention est surtout secondaire : accéder aux soins , prendre soin de soi et des autres. Cela nécessite que soient rassemblées des conditions de sécurité minimales de ressources, de logement et de sécurité affective.

Notion de confidentialité

L'accueil des personnes étrangères

Problème de culture mais aussi et surtout de précarité culturelle : pas de référentiel commun, donc il faut essayer d'en créer. Cela passe souvent par le lien et la confiance, dans la durée.

Acceptation de ne pas comprendre

Etudes de situation : AWA

Madame Awa. K est adressée à Sol en Si par les services sociaux de la DGAISS en octobre 1994. Cette femme, sans papier, a accouché en août 94 d'un petit garçon, après une grossesse non suivie...

Une sérologie VIH a été pratiquée à l'hôpital au moment de l'accouchement.

Elle est séropositive au VIH...

La demande de la DGAISS est une demande d'aide financière...cette personne n'a aucune ressource. Une AME a été mise en place à l'hôpital. Une rencontre est organisée via une puéricultrice de la DGAISS.

Nous rencontrons une femme de 40 ans, de nationalité Nigériane, entrée en France en 1991. Elle ne parle ni ne semble comprendre le français. Cependant elle est anglophone et une communication peut s'établir. Elle est arrivée en France par bateau à Rouen....prise en charge par des compatriotes, elle est arrivée à Paris, où elle est restée quelques mois...Ses repères sont extrêmement flous. Paris, Montpellier, Marseille...

Jusqu'au moment où elle est jetée à la rue...et recueillie par une de ses compatriotes, rencontrée au hasard.

Bilan du 1^{er} entretien

- Aucune ressource
- Pas de papier, elle est en séjour irrégulier
- Pas de suivi médical depuis son accouchement
- Difficultés importantes dans la relation avec son fils

Points positifs :

- Possibilité de langage commun basique
- Possibilité de soutien par une famille d'origine nigériane (rencontre du hasard et du faciès)
- Soutien de la PMI

Nos axes de travail :

- La réalité du présent : obtention d'une Aide Médicale d'Etat, et accompagnement sur les lieux de soins
- Carte de séjour obtenue en 1996 avec l'aide de la CIMADE
- Toujours un travail en partenariat...

Suivi :

1995 : obtention de l'AME

1996 : obtention d'une carte de séjour d'un an à titre humanitaire

Perçoit une allocation logement et une ASF

Rupture d'anévrisme, hospitalisation

Placement de Kadjo, son fils chez une assistante maternelle

1997 Allocataire de l'AAH

1998 à 2001 un suivi qui dure : intégration progressive, début d'alphabetisation .Intégration personnelle d'une église pentecôtiste

médecine ville-hôpital depuis 10 ans

2002 Obtention titre de séjour de 10 ans

2002-2004 les liens avec Sol En Si s'espacent...Awa a retrouvé un réseau personnel...

Cela reste fragile mais il y a une bonne intégration .Elle prend en charge tous les aspects de la prévention. Awa projette de retourner en Afrique avec son fils...

Deuxième situation : SOPHIE

Sophie est une femme de 35 ans, ivoirienne, en France pour un séjour de vacances chez des amis, en juillet 93.

Elle tombe gravement malade et est hospitalisée à Paris. Un lien est pris avec l'association MAAVAR, elle est adressée à Marseille, et elle arrive avec sa fille de 3 ans, elles sont hébergées en urgence par un CHRS.

Sophie est francophone et professeur. Elle décide de rester en France pour les soins.

En 94, Sophie obtient un accès aux soins (AME) , une carte de séjour au titre de la pathologie, un logement, puis un travail...Elle vit à Marseille avec sa fille, et elle fait partie d'un groupe de parole de «femmes africaines séropositives », et se prend en charge totalement.

CONCLUSION

Ces 2 situations sont similaires en apparence. Deux femmes africaines en situation irrégulière d'arrivée récente sur le territoire, avec découverte de la sérologie positive au VIH dans les 3 mois qui précèdent la rencontre avec Sol En Si. Cependant les 2 parcours sont extrêmement différents : la prévention se met en place pour l'une très rapidement, en 1 an la situation est stabilisée ; pour l'autre, il a fallu environ 5 ans pour assurer cette personne d'une stabilité sur le territoire, d'une assurance de ressources minimales et d'un accès aux soins qui ne soit pas de l'ordre de l'injonction mais réellement intériorisé.

Le fait d'être une femme « migrante » ne nous semble pas à priori être un obstacle à la prévention et à la prise en charge médico-sociale. Les obstacles nous paraissent essentiellement liés à la précarité économique, sociale et culturelle. Cependant, pour intégrer des notions de prévention, il faut aussi un langage et des références communes, entre celui qui accueille la personne migrante et celle-ci. Cela peut se construire s'ils n'existent pas d'emblée. Cette construction nécessite du temps, un travail dans la durée.

Ces deux femmes aux parcours si différents et pourtant semblables se différencient par le pouvoir qu'elles avaient sur leur propre vie avant leur arrivée en France.
L'une autonome, instruite, l'autre dépendante, en précarité, avec une histoire personnelle et familiale faite de violence...

ATELIER 3 : L'accès aux soins des personnes étrangères vivant en France

Résumé d'intervention de Dominique REINOSA (ASV centre ville) PRECARITE ET INEGALITES

Etat des lieux : Extrait des Objectifs de la Loi de santé Publique : Groupe Technique National de Détermination des Objectifs(GTND0) - DGS Version du 10/03/03

Malgré une augmentation importante du niveau de vie et un allongement continu de l'espérance de vie au cours du dernier quart de siècle, les inégalités devant la maladie et la mort sont demeurées stables. La France est la moins bien placée en Europe de l'ouest pour ce qui concerne les inégalités de mortalité. ...

Contrairement à ce que laissent supposer les représentations dualistes de la société contemporaine, avec des exclus et des inclus, les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil.

Ces inégalités sociales de santé sont avant tout le produit des inégalités de conditions d'existence, c'est-à-dire des disparités en termes de revenus, d'éducation, d'emploi, de logement, de loisirs.

Elles agissent à leur tour sur les modes de vie, notamment sur les comportements alimentaires, les pratiques à risque, l'exposition objective aux maladies et aux accidents...

La précocité des déterminants des inégalités de santé est elle aussi, de mieux en mieux attestée.

Ainsi, l'école et tout ce qui entoure la scolarisation constituent un facteur potentiellement important d'accroissement des inégalités qui auront notamment des traductions dans les attitudes à l'égard du corps et de la santé.

Par ailleurs, les discriminations en fonction de l'origine constituent une réalité jusqu'alors méconnue qui introduit des inégalités racistes face à la santé et aux soins.

Les inégalités et la précarité liées à l'immigration participent à la fois des logiques générales précédemment décrites et de mécanismes particuliers en rapport avec l'immigration elle-même.

S'il existe des facteurs consécutifs à l'exil, à la situation et parfois aux violences dans le pays d'origine, l'essentiel des éléments de vulnérabilisation tient aux conditions d'accueil et d'existence en France. Les données statistiques, et notamment épidémiologiques, sont toutefois peu disponibles en raison de choix politiques faits dans ce domaine visant à ne pas stigmatiser davantage les populations concernées. Ces choix ont toutefois pour conséquence une moins bonne connaissance des disparités dont sont victimes ces populations

Enfin, si l'accès aux soins n'est pas l'élément le plus déterminant des inégalités de santé, il a néanmoins des effets positifs sur la santé qui sont à la fois directs, par les effets des traitements et de la prévention, et indirects, par le recouvrement des droits.

Un Plan Local de santé pour quelle population ?

Le périmètre DSU Centre Ville est constitué du 1^{er}, 2^e, une partie du 3^e et une partie du 6^e arrondissement ...soit environ 80 000 habitants

- **les caractéristiques de la population :**
 - une forte densité de population dans les arrondissements du centre
 - une importance relative de la population étrangère et d'origine étrangère
 - étrangers non communautaires vivant en France
 - étrangers en situation irrégulière
 - personnes parfois dites issues de l'immigration qui sont le plus souvent françaises et nées en France. Elles ne devraient par conséquent nullement être distinguées au sein de la population nationale.

- **des caractéristiques socio-économiques :**
 - indicateurs : - taux de bénéficiaires du RMI
 - Indice de fragilité
 - Caractéristiques de l'habitat

Un territoire doté de quelle offre de soins ?

Ces données sur l'offre médicale restituent une image :

- De l'attractivité du Centre Ville pour les professionnels de santé
- De l'inégale répartition spatiale de la médecine libérale même si l'on sait que les patients effectuent des distances non négligeables pour se soigner (distance augmentant avec le niveau d'éducation)
- Du faible nombre de spécialistes dans certains domaines en particulier en gynéco - obstétrique

Quels types de problèmes dans l'accès aux soins repérés par les professionnels et les habitants ?

Freins culturels à l'accès aux soins :

- **la traduction** : jusqu'alors, la traduction des documents et les relations avec les patients étaient facilités par le soutien financier de la Permanence Départementale d'Accueil, concernant la traduction. **Son changement de mission a pour effet, d'une part de rendre plus difficile l'accès aux soins des patients, mais d'autre part de devoir faire face, dans les services comme les PASS, à des demandes d'aide supplémentaires en matière d'accès aux droits de la part de ces personnes.**

- **Le retard dans le recours aux soins**, semble être une caractéristique d'une partie de la population en situation précaire qui a été évoquée par des praticiens consultés au cours du diagnostic. Ce comportement peut expliquer la tendance de ces personnes à recourir aux services d'urgences, rassurants du point de vue des droits (pas de négociation sur l'aspect coût des soins) et du point de vue de la proximité du plateau technique.

- **L'accès réduit à la prévention**, du fait de cette tendance à recourir aux services d'urgence hospitalière alors que la prévention pourrait s'opérer au long cours dans la fréquentation d'un médecin généraliste.
- **Les réticences institutionnelles et individuelles**, face aux populations en situation précaire : chez certains spécialistes, les délais d'obtention de rendez vous sont plus longs pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire que pour les assurés sociaux « classiques ».
- La tendance de certains chirurgiens dentistes à réduire dans leur clientèle la proportion d'enfants

Freins techniques à l'accès aux soins :

- L'accès à certains centres de soins est réservé aux seuls assurés sociaux : (ex l'Ecole Dentaire rue Caisserie, le Centre de soins mutualiste)
- On constate un rallongement des délais d'obtention d'un rendez vous.
- L'accès à certains médicaments devient problématique pour les personnes économiquement faibles, du fait des déremboursements :
 - Substituts tabac (sevrage tabagique)
 - Attelles (post traumatologie)
 - Pansements (post traumatologie)
 - De nombreuses pilules contraceptives (contraception)
 - Traitement de la gale : cas exemplaire, car, pour les personnes qui n'ont pas ou peu la possibilité de traiter leur environnement (habitat insalubre, hébergement collectif sommaire ...), le traitement au Stromectol n'est pas suffisant et doit être complété par des lotions et des sprays destinés à traiter les corps et l'environnement (linges, literie...). Or ces produits, prévenant une nouvelle contamination, ne sont pas remboursés.

Freins dans l'application des Droits (et limitation de l'accès aux soins)

- les nouvelles dispositions prévues conduisent à ce que le recours à l'AME soit abandonné par certains bénéficiaires potentiels: soit faute de pouvoir fournir les justificatifs demandés, soit du fait de rumeurs sur les risques à l'égard des services de police.
- Difficulté à trouver dans certaines spécialités, des médecins acceptant des patients bénéficiaires de l'AME
- Certains assurés sociaux disposent d'une attestation d'immatriculation et non d'une carte vitale:
Or certaines officines et certains praticiens refusent d'accepter ce document pour l'avance des frais.
- le nombre réduit de chirurgiens dentistes, ophtalmologistes, gynécologues et audioprothésistes acceptant dans des délais « ordinaires » les patients bénéficiaires de la CMU.

Conséquences

Pour les professionnels et les services :

- répondre légitimement aux besoins de santé de ces populations suppose un investissement en temps très important, puisqu'il va falloir recourir à des dispositifs de type humanitaire, des « bricolages » entre professionnels « militants » (pour l'application du droit), des procédures à la marge du droit commun.
- Les attitudes de certains professionnels du soin à l'égard des personnes en situation précaire, a pour conséquence de saturer les structures associatives, de saturer les praticiens spécialistes soucieux de l'application du droit aux soins pour tous.
Cela retentit également sur le temps consacré aux patients par les travailleurs sociaux contraints de rechercher des praticiens, alors que l'offre de soins en Centre Ville est conséquente (hormis en gynécologie)

Pour les patients :

- une tendance au recours aux soins hospitaliers (Services de Consultations et services d'Urgences)
- un retard dans l'accès aux soins
- un renoncement aux soins
- le sentiment d'être maltraités

Conclusion provisoire

On s'achemine avec ce groupe de travail vers une série d'objectifs pour le Plan :

- organiser un débat sur la pertinence d'une maison médicale au Centre Ville, comprenant service social et services de soins spécialisés (en particulier dentaire, ophtalmologie, gynécologie, kinésithérapie)
- trouver les interlocuteurs susceptibles de modifier les représentations et les pratiques des soignants à l'égard des personnes en situation précaire
- améliorer la prise en compte des nécessités d'interprétariat voire de médiation en santé : service de traduction étendue à d'autres langues que l'arabe, formulaires en langue étrangère...
- mettre en évidence les effets négatifs de certains déremboursement et susciter la création de réponses adaptées
- améliorer pour les patients la connaissance de leurs droits en matière d'accès aux soins

- sensibiliser les habitants du Centre ville à l'importance de la prévention et à la nécessité de moins différer le moment du recours aux soins (action au long cours qui sera sans doute entreprise à partir des établissements scolaires)

**Résumé d'intervention de Yannick DELORD
(AIDES Délégation Départementale BdR)**

L'objet de l'étude de cas était de présenter la situation d'une personne étrangère, vivant en France et concernée par l'infection à VIH, et de comprendre quels sont les facteurs facilitants et/ou faisant obstacle à son accès aux soins.

Cette situation est celle d'une jeune femme, récemment arrivée sur le territoire français. Nous l'appellerons Béatrice. De nationalité ghanéenne, Béatrice était venue en France en vue de se marier avec son fiancé, rencontré au Ghana quelques mois auparavant, mais résidant en France.

Consécutivement à son entrée sur le territoire, Béatrice a connu des problèmes de santé ; s'est posée à elle une première difficulté : elle ne bénéficiait d'aucune prise en charge financière des soins médicaux.

Le 1^{er} janvier 2000, ont été mises en place la Couverture maladie universelle (CMU) et l'Aide médicale État (AME). De plus, des outils tels que l'admission immédiate ont permis à toute personne résidant en France, et quelle que soit sa situation administrative, de bénéficier d'un accès effectif aux soins par une prise en charge de ses frais médicaux sous conditions de ressources. Le bénéfice de ces dispositions a cependant été considérablement restreint et de nouvelles conditions ont été inscrites dans la loi : l'admission immédiate à l'Aide médicale État a par exemple été supprimée et une présence ininterrompue sur le territoire de trois mois est désormais exigée.

Béatrice étant arrivée sur le territoire français depuis moins de trois mois, les nouvelles dispositions de la loi ne lui permettait de bénéficier de soins que si sa situation mettait en jeu un pronostic vital immédiat nécessitant l'hospitalisation. Un bilan de santé a cependant été fait, mais la jeune femme a dû attendre l'expiration de ce délai de trois mois avant que ses soins puissent effectivement être délivrés. Lors de son bilan de santé, des analyses ont révélé la séropositivité de Béatrice. Son fiancé l'apprenant, ce dernier a décidé de la répudier et la jeune femme est venue habiter chez sa sœur, à Marseille.

Quand Béatrice est arrivée au local de l'association, orientée par l'assistante sociale hospitalière qui assurait son suivi, se posait alors la question de son avenir en France et de la façon dont il allait être possible de l'accompagner : Béatrice avait appris sa séropositivité, avait été répudiée et se retrouvait dans une ville qu'elle ne connaissait pas et dont elle ne parlait pas non plus la langue.

Quand Béatrice est arrivée au local, de nombreuses informations ont dû lui être données et il a fallu être vigilant à ce qu'elle comprenne ce qu'on lui expliquait. En effet, nous nous sommes rapidement rendu compte que les personnes qui l'accompagnaient ne lui traduisaient qu'une partie de nos propos et que de très fortes représentations subsistaient chez elle comme dans son entourage (peur d'infecter les personnes de son entourage à cause des moustiques et certitude de devoir s'habiller de manteaux pour ne pas se faire piquer, certitude de décéder dans les jours suivants, etc.).

Cette difficulté passée, il était important pour Béatrice de régulariser sa situation, d'obtenir un titre de séjour et une autorisation lui permettant de travailler et de subvenir à ses besoins. En effet, pour rappel ou information, la loi (ordonnance de 1945 modifiée) prévoit la délivrance de plein droit d'une carte de séjour temporaire, de un an renouvelable, " *à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire.* " Aussi, pour l'obtention de son titre de séjour, il était indispensable pour Béatrice de respecter une procédure qui prévoit l'instruction de deux dossiers auprès de deux autorités distinctes : un dossier administratif à instruire auprès du Bureau des étrangers de la préfecture, d'une part, et un dossier médical à instruire auprès du Médecin inspecteur de santé publique de la DDASS, d'autre part.

Conclusion

Quand une personne, nouvellement arrivée sur le territoire français, se présente à l'association sans hébergement, il faut avant tout l'accompagner dans cette première démarche, l'hébergement. Par chance, la sœur de Béatrice habitait Marseille. Ce n'est qu'ensuite qu'il est possible de l'accompagner dans une nouvelle démarche : le soin. À ce niveau, si la personne est présente sur le territoire français depuis moins de trois mois et que les soins ne correspondent pas à des besoins urgents engageant un pronostic vital immédiat, elle ne pourra bénéficier d'une prise en charge au titre de l'Aide médicale État qu'à l'issue de ces trois mois. Ce premier délai de latence passé, une première demande de titre de séjour pourra enfin être faite : la personne devra obtenir les certificats médicaux nécessaires à sa demande, les envoyer au médecin inspecteur de santé publique DDASS, et faire parvenir sa demande de carte de séjour temporaire à la préfecture en y joignant les certificats médicaux neutres que lui aura fournis le médecin agréé ou le praticien hospitalier. Dès lors que ces deux dossiers, médicaux et administratifs, sont envoyés, le délai d'attente d'une réponse de la préfecture est de deux à trois semaines, dans le meilleur des cas (c'est-à-dire quand la personne n'a fait l'objet d'aucune mesure d'éloignement, de type arrêté préfectoral de reconduite à la frontière ou arrêté ministériel d'expulsion). La personne est ensuite convoquée à la préfecture près de quatre mois plus tard. Si elle est présente sur le territoire depuis plus de un an, elle obtiendra une carte de séjour temporaire de un an renouvelable lui permettant aussi de travailler. Si cela n'est pas le cas, elle n'obtiendra qu'une autorisation provisoire de séjour de six mois ne lui permettant pas de travailler.

ATELIER 4 : Les spécificités sociales et culturelles des actions de prévention sida auprès des jeunes des quartiers

Résumé d'étude de cas de Nordine FRIZZI (AIDES Délégation Départementale BdR) Exemple type d'un projet non aboutit

Depuis plus de 6 ans, l'association AIDES anime des projets participatifs de prévention et de sensibilisation sur le VIH auprès des jeunes dans les quartiers dits populaires. Ces projets participatifs sont toujours réalisés en partenariat, nous nous appuyons sur les centres sociaux en particulier pour la mobilisation du public.

Des séances de prévention interactives sont mises en place, elles permettent souvent de faire évoluer les représentations autour de la sexualité et du rapport aux autres. Fréquemment ces séances d'interventions sont couplées à un travail de production avec les jeunes.

L'étude de cas ci-dessous décrit un projet qui n'a pas abouti et propose des hypothèses de l'échec de ce projet.

En Novembre 2003 une rencontre a eu lieu à l'initiative d'une Mairie avec l'ensemble des partenaires du territoire : la Mairie, l'Espace Jeunes et le centre social du secteur. Cette réunion a débouché sur la volonté de mener un projet commun. Notre réflexion s'est orientée vers une action sur du moyen terme nécessitant la réalisation d'un support. Plusieurs rencontres ont été nécessaires avec les trois partenaires pour mettre en place le projet, c'est à dire définir la finalité et la mise en œuvre d'une action de lutte contre le sida en utilisant le support du court métrage.

Une rencontre était prévue avec une quinzaine de jeunes mobilisés par l'Espace jeune et le centre social et ensuite le coup d'envoi du projet devait être donné par les politiques de la ville, mais il n'y avait que deux jeunes mobilisés par le centre social et aucun par l'Espace jeunes.

Les animateurs ont essayé de mobiliser un groupe de jeunes pour porter le projet, mais ils n'ont pas réussi, le projet est reporté, voir tombé à l'eau.

Analyse

Il y a eu une faillite dans la mobilisation des jeunes malgré l'opportunité de s'appuyer sur le support du court métrage, un support audiovisuel que l'on pouvait réaliser à faible coût.

Avec du recul, il est à penser qu'il aurait fallu commencer par la mobilisation des jeunes en premier et les faire participer d'emblée à la mise en place théorique du projet.

Notre mode d'action est le partenariat et de ce fait nous ne sommes pas maître de l'ensemble du processus de mise en place du projet, la réussite de notre action dépend donc de l'ensemble des partenaires.

Le partenariat peut paraître ainsi comme un démultiplicateur des forces mais aussi des faiblesses.

Nos partenaires sont concernés par ce projet mais ils ont d'autres priorités en terme d'action et ils rencontrent des difficultés financières pour leur fonctionnement.

Ces éléments peuvent expliquer en partie la non réussite de ce projet.

Quand à nous, nous n'avons pas su insuffler et susciter l'engagement nécessaire pour le bon déroulement de cette action.

Une des raisons mises en avant par nos partenaires pour expliquer la faible capacité de mobilisation est que la réalisation du projet a été programmée pour le mois de juin, période où les jeunes ont des examens à valider. Mais cette explication peut paraître un peu courte étant donné que la date de réalisation du projet a été choisie précisément par eux.

Il faut aussi souligner la particulière implication de la Mairie qui a financé le projet et qui n'a cessé de créer du lien entre les différents partenaires.

Mais malgré l'implication institutionnelle, il nous été impossible de mener ce projet à bien.

Trois Difficultés principales :

- La mobilisation des jeunes parfois sans projets,
- La santé sexuelle n'est souvent prioritaire qu'au moment du 1er Décembre.
- Fragilité humaine et financière des structures sociales.

**Résumé d'intervention de Cyril TCHERDJAN
(Parole en scène, Centre social Bourrelly)**

Présentation de la structure Parole en Scène

L'association Parole en Scène créée en 1997 a pour but de mettre en place des actions de prévention et d'information santé, sida, à partir d'une proposition artistique, des actions de remobilisation sociale par le théâtre, des actions de développement des pratiques culturelles et de promotion des arts vivants. Nous travaillons essentiellement sur les quartiers nord secteur Notre Dame Limite, Saint Antoine, Septèmes, en partenariat avec le Centre Social Les Bourrelly depuis 1996.

Les objectifs des actions menées

- Rechercher et mettre en place des stratégies préventives de réductions des risques, et contribuer à enrayer l'épidémie par des actions d'information, de prévention et de formation à partir de groupes constitués.
- Promouvoir la santé et sensibiliser les jeunes sur la gestion de leur « Capital Santé ».
- Reconnaître la citoyenneté et lutter contre la discrimination et l'isolement des personnes infectées par VIH.
- Innover et optimiser l'action en impliquant les jeunes dans la création d'un spectacle, qui est utilisé comme outil de prévention, de communication et d'échanges avec les publics de différents quartiers et avec d'autres groupes de jeunes.

- Faciliter l'accès à la prévention des jeunes rencontrant des difficultés liées à leur langue maternelle ou à leur culture.

Ce qui a permis la sensibilisation et la mobilisation des jeunes

La mise en place de temps conviviaux et informels (repas, sorties au théâtre, échanges avec d'autres groupes), l'organisation de tournois sportifs, les manifestations culturelles, les formations au sein même des structures partenaires.

Présentation de 3 actions en partenariat avec le Centre Social Les Bourrely

1. Parole en scène utilise dans cette action le mouvement Hip Hop en tant que langage commun des jeunes. Des images vidéo, et une installation plastique sont associées pour signifier que le sida a modifié notre rapport à l'autre et à notre corps qui peut porter la mort. Le spectacle est conçu dans un véritable rapport de proximité avec le public, les acteurs évoluent sur scène et au milieu des spectateurs. Le public est confronté à la réalité du sida, et pénètre, petit à petit, au cœur même des problématiques liées à la maladie.

Le Hip Hop est utilisé et pratiqué par la plupart des jeunes des cités, il est quelquefois leur seul moyen d'expression. La prévention à partir de ce mouvement semble être actuellement le moyen le plus efficace pour mobiliser un plus grand nombre de public. Mon enquête auprès des jeunes participant à un tremplin artistique que j'organise tous les ans depuis 3 ans, confirme cette volonté de vouloir s'investir dans la prévention en utilisant leur passion, leur moyen d'expression, leur créativité.

Cette action qui sollicite plus le corps que la parole, permet d'atteindre l'objectif général qui est de faciliter l'accès à la prévention des personnes ayant diverses difficultés liées à leur culture ou à leur langue maternelle, et de réduire les écarts existants avec la population générale. Elle permet aussi de faciliter la mobilisation d'un plus grand nombre.

Public ciblé : jeunes de 14 à 23 ans originaires en grande partie du Maghreb et des Comores, issus de divers quartiers, et qui participent à des ateliers de répétitions 1 fois par semaine sur l'année dans le but de se produire en public lors d'un tremplin.

2. Parole en scène a mis en scène une pièce de théâtre de prévention « la sphère de l'espérance » créée à partir d'un texte écrit par une **femme algérienne**, et interprétée en grande partie par des **acteurs séropositifs**. 10 personnes au total (séropositifs, bénévoles d'Associations de lutte contre le sida, un médecin). J'ai fait le choix d'une mise en scène et d'une scénographie utilisant **des images à fortes charges émotionnelles**, un dispositif scénique en forme de **croix** placé au milieu du public, du **sang**, **des musiques** adaptées aux situations mises en scène, et une scène qui suggère l'acte sexuel. Il est à noter que ce choix délibéré, de faire pénétrer les spectateurs dans l'univers violent et intime du sida où chacun peut s'y retrouver a obtenu l'adhésion quasi unanime du public.

Un **débat** à la fin des représentations avec l'équipe artistique a permis un échange constructif avec le public, et cette **confrontation directe** avec des personnes concernées de près ou de loin par le VIH a suscité des questionnements.

3. Les ateliers de pratiques théâtrales axés sur un travail de prévention du VIH, à partir de mises en situation, d'improvisations réglées et spontanées, d'un travail collectif de construction de messages de prévention. **Le théâtre étant utilisé comme vecteur des transformations des pratiques sociales.**

Rythme des séances : 1 fois 2h30 par semaine

Public ciblé : jeunes du Groupe santé des Bourrely, jeunes du groupe Hip Hop

Nombre : 12

Les difficultés de l'atelier : Forte implication des jeunes sur les ateliers tant qu'il était question de travailler les techniques théâtrales (appropriation de l'espace, travail corporel, improvisations spontanées et réglées, etc.). Démobilisation d'une grande partie du groupe (retards, absences) à partir du moment où il a été demandé de travailler sur des mises en situations liées au sida, et d'être acteur de ces situations dans le but de produire un spectacle.

Les causes : lassitude au bout de 4 ans de mobilisation autour de la santé, les études, les fréquentations en dehors du quartier avec d'autres groupes, l'ouverture à d'autres jeunes du quartier et de l'extérieur. Pour ma part, je n'ai pas su évaluer leurs capacités à se projeter, et à s'impliquer dans un projet de création à long terme qui demande un gros investissement personnel. L'appartenance des jeunes à un groupe ciblé « groupe santé jeunes des Bourrely » a posé de réels problèmes d'ouverture du groupe.

Public ciblé : Jeunes de 14 à 23 ans de toutes origines issu de quartier différents.

Pointer les problématiques majeures dans mise en place d'actions sur les quartiers, et qui sont :

a) La **difficulté** et le **manque de motivation** des responsables et animateurs des secteurs jeunes à s'investir dans les actions de prévention. Les raisons étant l'**absence d'informations, de formations, et de projets**. La première phase de travail dans la mise en œuvre d'une action est la mobilisation du public, qui s'effectue obligatoirement par ou avec l'animateur.

b) Le **sida n'est pas une urgence** où **n'est pas une priorité pour le territoire concernée** pour une grande partie des directeurs des structures et notamment des centres sociaux.

c) Le **manque de moyens humains** lié au **manque de financement**. Le travail de mobilisation des partenaires et du public, indispensable à la réussite d'un projet, demande non seulement des compétences au niveau de la communication et des relations publiques mais également un **investissement important en temps de travail**.