

SANTÉ ET VULNÉRABILITÉS SEXUELLES CHEZ LES MIGRANT.E.S

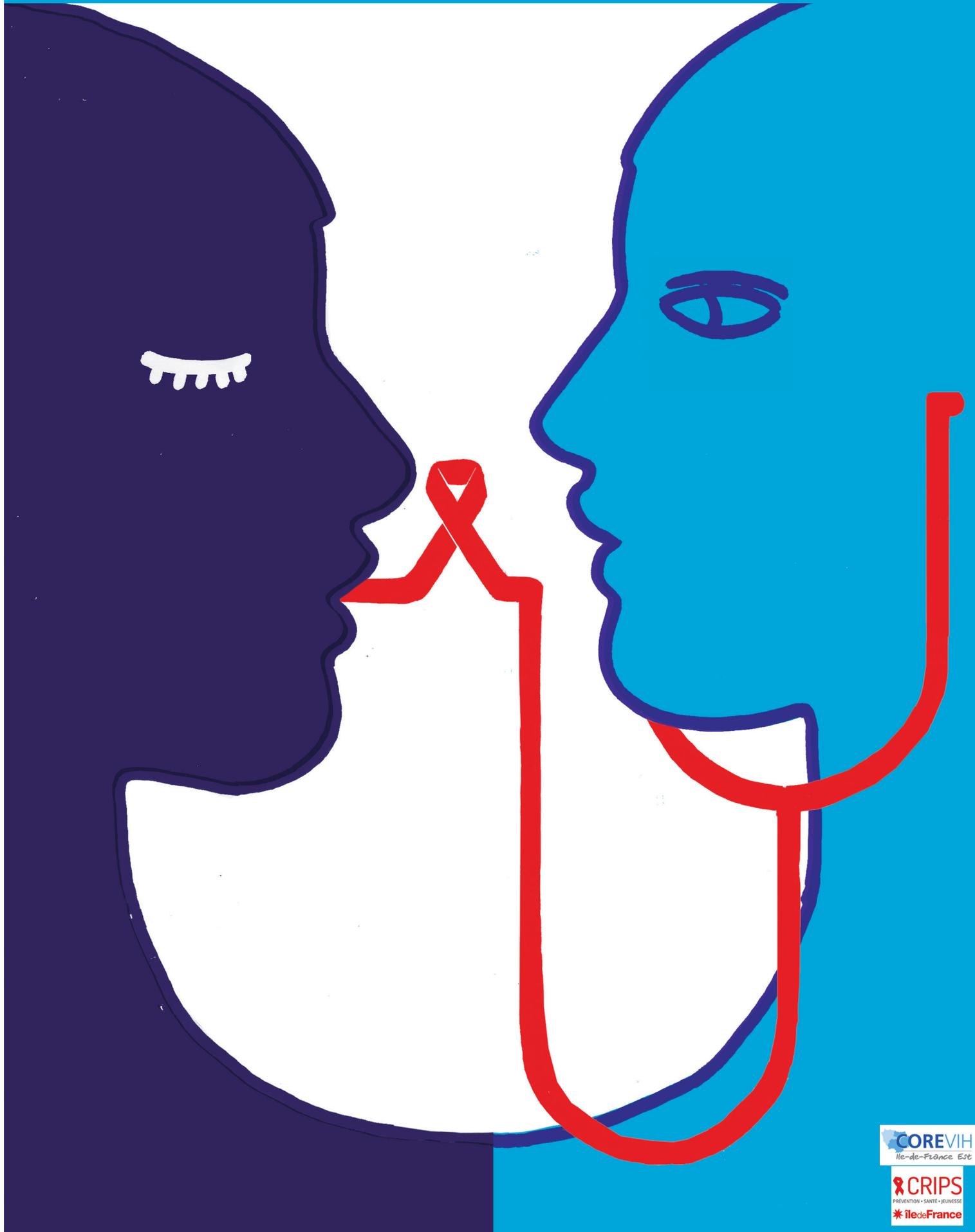


TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

P 4 « CRÉER L'INTERFACE ENTRE SOIGNANTS ET MIGRANTS »

WILLY ROZENBAUM - COREVIH ILE-DE-FRANCE EST

P 5 « NOUS DEVONS AGIR »

FRÉDÉRIC GOYET - ARS ILE-DE-FRANCE

P 6 « D'UNE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE À UNE STRATÉGIE GLOBALE »

JEAN SPIRI - CRIPS

I

P 8 VIOLENCES SEXUELLES ET RISQUE D'INFECTION VIH EN FRANCE

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ANRS « PARCOURS »

JULIE PANNETIER - DÉMOGRAPHE, CEPED

P 9 1 - VIOLENCES SEXUELLES, INSÉCURITÉ ADMINISTRATIVE ET RÉSIDENTIELLE

P 10 2 - MÉTHODE

P 10 3 - RAPPORTS FORCÉS

P 12 4 - QUESTIONS

NICOLAS VIGNIER - HÔPITAL DE MELUN

II

P 16 SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

CONSTATS ET PRÉCONISATIONS SUR L'ACCÈS

AUX DROITS ET AUX SOINS EN FRANCE

SOPHIE LAURENCE - MÉDECINS DU MONDE

P 17 1 - DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS MAJORITAIREMENT ADMINISTRATIVES

P 17 2 - VIH, HÉPATITES, GROSSESSE, CONTRACEPTION...

P 18 3 - VIOLENCES

P 19 4 - COUNSELING, INTERPRÉTARIAT, ALLER-VERS

P 20 5 - POUR CONCLURE

P 21 6 - DES PISTES POUR PROGRESSER

III

P 22 VIOLENCES SEXUELLES ET SANTÉ REPRODUCTIVE

QUELS ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS EN EUROPE,

EN TURQUIE ET AU CANADA ?

NATHALIE SIMONNOT - MÉDECINS DU MONDE

P 23 1 - INSTITUTIONNALISATION DES VIOLENCES

P 24 2 - QUELQUES POINTS CLÉS

P 25 3 - QUESTIONS

YANN METZGER

IV

P 26 CONSULTATION DE SEXOLOGIE CHEZ LES MIGRANT.E.S

QUELLE EXPÉRIENCE ?

P 27 1 - SUJETS ET PRATIQUES SPÉCIFIQUES

P 28 2 - DES EXEMPLES CONCRETS

P 30 3 - LES ENSEIGNEMENTS

APRÈS CINQ ANS DE PRATIQUE

PATRICK PAPAZIAN - SEXOLOGUE

V

P 32 COMMENT METTRE EN PLACE LA PRÉP EN DIRECTION DES MIGRANTS

RETOURS D'EXPÉRIENCES - TABLE RONDE

P 33 1 - LA PRÉP DÉFINITION

P 34 2 - MODÉRATRICE ET INTERVENANTS

P 34 « LES MIGRANTS NE DEMANDENT PAS LA PRÉP »

PAULINE PENOT

P 37 « LES PERDUES DE VUE RESTENT ASSEZ IMPORTANTES »

HUGUES CORDEL

P 37 « OÙ TROUVER L'INFORMATION ? »

JEAN-GEORGES AMBOMBA

P 38 « METTRE CES OUTILS À DISPOSITION DES AFRICAINS »

ROMAIN MBIRIBINDI

P 39 3 - DISCUSSION

P 42 « QUELLES QUELLE PERCEPTION DE LA PRÉP ? »

CONCLUSION

P 44 LES POINTS SOULEVÉS PAR LA TABLE RONDE

FRANCE LERT

P 44 « PARADOXE, REPRÉSENTATION,
APPROCHE GLOBALE ET MÉDIATION »

OLIVIER BOUCHAUD

P 46 LIENS EXTERNES

P 46 MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION

P 47 REMERCIEMENTS

INTRODUCTION

« CRÉER L'INTERFACE ENTRE SOIGNANTS ET MIGRANTS »

WILLY ROZENBAUM - COREVIH ILE-DE-FRANCE EST

Je veux remercier les personnes qui se sont impliquées dans l'organisation de ce mini-colloque, en particulier la commission Migrants Inter-Corevih qui s'est beaucoup investie ces derniers temps dans la mise en place d'une formation diplômante sur la médiation qui est au cœur du sujet que nous allons évoquer.

Avec les populations vulnérables, migrantes, il y a en effet une interface à créer entre les soignants d'une manière générale et ces populations qui ne sont pas toujours au fait de tout ce qu'on peut leur offrir. Mais au-delà de ça, il faut aussi parfois servir d'intermédiaire avec les soignants qui sont inégalement informés des problématiques spécifiques de ces populations, culturellement différentes. Quand on parle de migrants, il y a des migrants de l'intérieur et des populations culturellement différentes car elles viennent de régions géographiques différentes. Mais sur nos territoires, nous avons également des populations culturellement différentes, parce que leur habitat est différent, leur environnement est différent, ou simplement parce que leurs pratiques sont différentes.

Le plan national de lutte contre le VIH a été remplacé par la stratégie nationale de santé sexuelle, et vous voyez qu'on est à l'interface de l'objet de la réunion d'aujourd'hui, puisqu'il s'agit de voir quelles sont, pour des populations migrantes, les problématiques spécifiques auxquelles nous aurons à nous confronter si on veut développer cette stratégie nationale de santé sexuelle.

Les Corevih sont particulièrement concernés par la mise en œuvre de cette stratégie dans au moins trois axes : la lutte contre le VIH, mais aussi aujourd'hui les IST et les hépatites, l'apport de réponses spécifiques pour les populations vulnérables dont les migrants, et les projets de recherche, d'investigation, de compréhension. Au-delà du fait d'aborder un certain nombre de problématiques, d'expérimenter et de développer des recherches opérationnelles, ces stratégies de santé sexuelle sont peu explorées aujourd'hui en France, et je remercie tous ceux qui ont accepté d'intervenir.

« NOUS DEVONS AGIR »

FRÉDÉRIC GOYET - ARS ILE-DE-FRANCE

Publiée au mois de mars, la stratégie de santé sexuelle va se décliner assez prochainement en un plan d'actions qui sera ensuite appliqué au plan régional. Pour l'instant, nous avons des axes : le parcours des IST et du VIH, l'attention particulière aux populations les plus vulnérables, et cette composante d'innovation, pas simplement dans de nouvelles technologies, mais aussi dans des programmes de santé, dans l'évaluation de nouveaux programmes, dans de nouveaux outils à mettre en place. Même si son incidence fléchit en Île-de-France, l'épidémie chez les migrants reste encore beaucoup trop élevée, et nous sommes en partie responsables de cette dynamique puisqu'elle se passe chez nous.

Nous sommes directement responsables, donc nous devons agir. Et pour agir, il faut mieux comprendre, ce qui veut dire mieux analyser, écouter, en particulier les personnes affectées elles-mêmes. La médiation en santé s'effectue dans les deux sens : médiation des soignants et écoute des besoins spécifiques des populations, c'est fondamental.

Les nouveaux outils de prévention doivent être accessibles à tous. Prenons l'exemple de la PrEP, qui est aujourd'hui connue, adoptée. Comment faire en sorte que tous bénéficient de cet outil potentiel ? La médiation en santé, et en particulier en santé sexuelle, qu'est-ce que ça veut dire et comment s'appuyer dessus ? La Haute Autorité de santé a enfin sorti un référentiel (Liens complet p 46).

Le deuxième élément, c'est le programme régional de santé qui, pour l'instant, est un peu en stand-by, dans l'attente de la stratégie nationale de santé, qui comporte notamment un axe très fort sur la territorialisation et la réduction des inégalités géographiques au sein de la région. Enfin, le dernier axe : le soutien à l'innovation - pas uniquement la télémédecine -, mais aussi

des innovations conceptuelles sur la manière de parler avec les gens, sur les pratiques des métiers. Quand on parle de santé/vulnérabilité sexuelle, les vulnérabilités ne sont-elles que sexuelles ? Il y a tout un arrière-plan : une vulnérabilité sociale, une vulnérabilité politique.

FRÉDÉRIC GOYET

**« QUAND ON PARLE
DE SANTÉ/VULNÉRABILITÉ SEXUELLE,
LES VULNÉRABILITÉS
NE SONT-ELLES QUE SEXUELLES ?
IL Y A TOUT UN ARRIÈRE-PLAN :
UNE VULNÉRABILITÉ SOCIALE,
UNE VULNÉRABILITÉ POLITIQUE. »**

« D'UNE STRATÉGIE DE DÉPISTAGE À UNE STRATÉGIE GLOBALE »

JEAN SPIRI - CRIPS

Le Crips est très heureux de s'être associé au Corevih Ile-de-France Est, comme il est très heureux de travailler avec l'ARS de manière constante et avec la Région sur une stratégie régionale de lutte contre le VIH. Si on parle beaucoup des populations migrantes d'Afrique subsaharienne, et plus particulièrement des femmes qui sont la catégorie la plus concernée par l'épidémie du VIH, il faut aussi être attentif à toutes les vagues migratoires, à toutes les questions que cela pose et aux différentes approches. Je pense notamment à certaines vagues d'Europe de l'Est à ne pas oublier dans nos stratégies.

L'un des enseignements de l'enquête Parcours est la nécessité de passer d'une stratégie de dépistage à une stratégie globale de prévention et de santé sexuelle. Ce sont des éléments que nous avons besoin d'appréhender, notamment le fait que 30 à 50 % des contaminations ont lieu en France. La description du cadre de ces nouvelles contaminations est extrêmement importante pour la manière de lutter collectivement contre le VIH sur le terrain, en allant directement travailler avec les associations, avec les relais, car ce n'est pas toujours évident de communiquer et de faire de la prévention. On voit aussi en Île-de-France l'enjeu de la diversité car on a des communautés, des populations qui ne sont pas les mêmes sur un même territoire, qui n'ont pas forcément les mêmes habitudes. Il faut donc une approche fine du terrain pour savoir quels sont les bons endroits pour installer un stand ou un camion de dépistage si nous voulons être vraiment efficaces. C'est ce que fait le Crips, qui réalise plus d'une centaine d'interventions spécifiques en direction des populations migrantes. Dans les engagements pris par le Crips et la Région dans le programme « Île-de-France sans sida », il y a beaucoup de notions de soutien d'associations, de mise à disposition de bus, de travail ciblé sur le terrain pour réussir à faire de

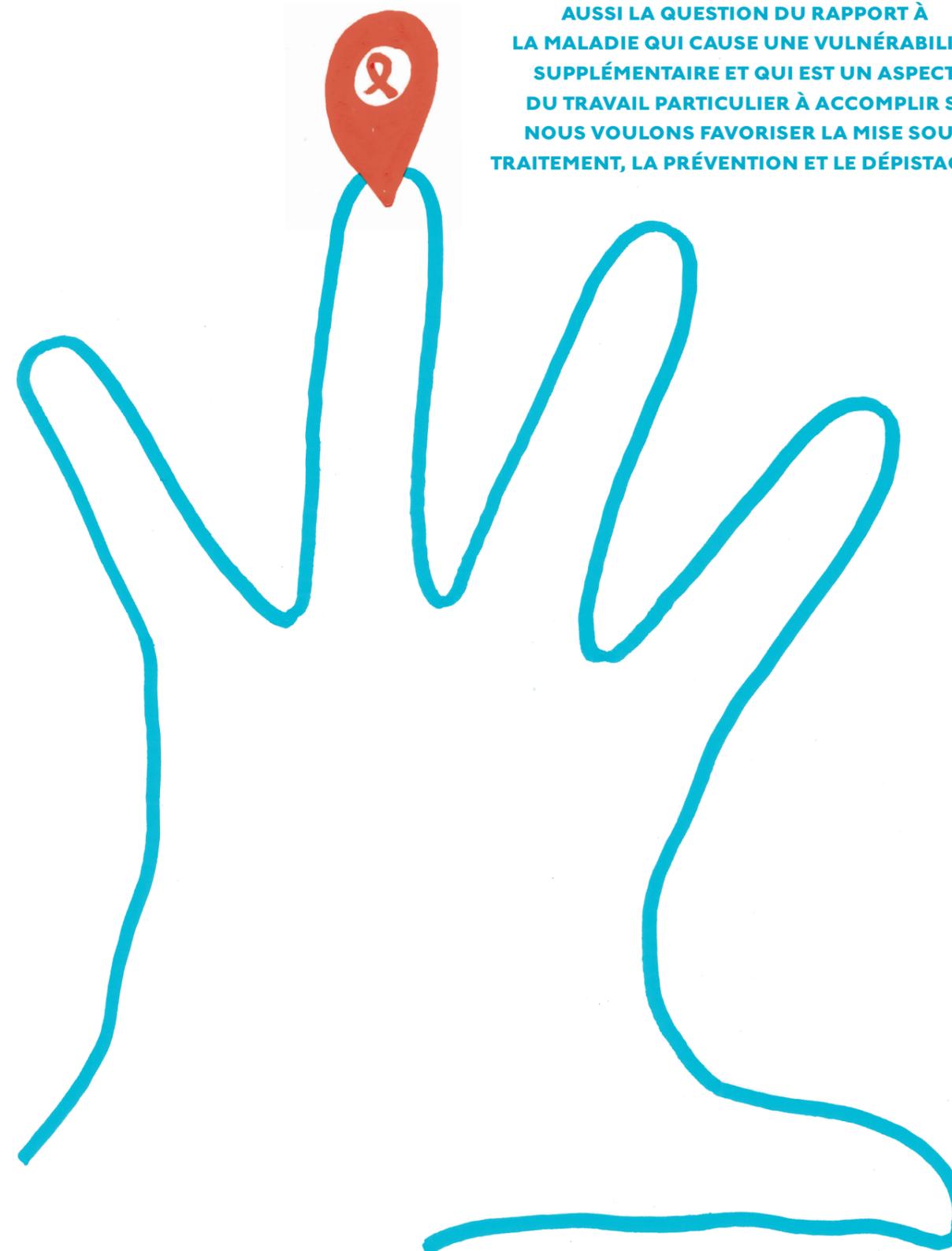
l'outreach, de l'aller-vers. L'innovation, ce n'est pas forcément mettre des applications numériques partout, c'est aussi changer nos méthodes d'intervention et créer ce maillage fin de proximité avec des professionnels. Il faut qu'on ait une vision de la santé communautaire beaucoup plus renforcée par rapport à ce qu'on fait d'habitude en France, et il faut qu'on l'assume. Ce nouveau DU Médiation en santé est vraiment un progrès, et nous pouvons obtenir beaucoup d'avantages à développer ce programme de médiation. Les réseaux de sexologie publics qui sont en train de se constituer sont aussi des avancées intéressantes.

Aujourd'hui, il y a des inégalités territoriales très fortes, et on voit bien que la carte des structures, la carte des dépistages TROD, ou la carte des soutiens aux associations n'épousent pas encore finement la carte de l'épidémie. Au-delà de toute la politique de lutte contre les discriminations envers les personnes vivant avec le VIH, il y a aussi la question du rapport à la maladie qui cause une vulnérabilité supplémentaire et qui est un aspect du travail particulier à accomplir si nous voulons favoriser la mise sous traitement, la prévention et le dépistage. Nous sommes face à la nécessité aussi de savoir quelle stratégie de PrEP mettre en direction des populations migrantes, notamment des femmes, et de soutenir la recherche pour en connaître les résultats.

Je pense qu'on peut avoir en France, avec tous les acteurs, un modèle plus inclusif de lutte contre le VIH/sida, dans une logique territoriale fine et de lutte contre la discrimination, qui prenne en compte toutes les populations car on ne se préoccupe pas seulement de la santé mais de l'ensemble des déterminants de santé. Nous avons besoin de vos retours pour affiner nos politiques publiques et, ensemble, relever ce défi des 3x90 et surtout des 3x95 dans les années à venir.

JEAN SPIRI

« AU-DELÀ DE TOUTE LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LES DISCRIMINATIONS ENVERS LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, IL Y A AUSSI LA QUESTION DU RAPPORT À LA MALADIE QUI CAUSE UNE VULNÉRABILITÉ SUPPLÉMENTAIRE ET QUI EST UN ASPECT DU TRAVAIL PARTICULIER À ACCOMPLIR SI NOUS VOULONS FAVORISER LA MISE SOUS TRAITEMENT, LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE. »



VIOLENCES SEXUELLES ET RISQUE D'INFECTION VIH EN FRANCE

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE ANRS « PARCOURS »

L'enquête Parcours est une étude spécifique sur le lien entre violences sexuelles et risque d'infection par le VIH en France. On sait que les femmes migrantes sont confrontées à de multiples formes d'insécurité liées à des situations sexuelles à risque et au VIH.

On sait également que les femmes réfugiées qui n'ont pas de titre de séjour sont exposées à des violences sexuelles après la migration. Nous savons qu'il y a un lien entre l'infection par le VIH et les violences conjugales et les violences sexuelles. Partant de ce constat, nous avons décidé de regarder s'il y avait un lien entre l'infection à VIH, après la migration, et les violences sexuelles après la migration, car pour l'instant, il n'y a pas d'étude sur cette question-là en Europe.

VIOLENCES SEXUELLES, INSÉCURITÉ ADMINISTRATIVE ET RÉSIDENTIELLE

Nos objectifs sont d'étudier, chez les femmes africaines vivant en Île-de-France, les liens entre les violences sexuelles subies après la migration et l'acquisition du VIH, et regarder le contexte social de survenue de ces violences après la migration.

SOUS-OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

ESTIMER la prévalence des rapports sexuels subis et forcés après la migration, donc après l'arrivée en France.

ÉTUDIER le lien entre l'acquisition du VIH et les violences sexuelles après la migration.

ANALYSER les violences sexuelles, les types de partenariat sexuel, et l'insécurité administrative et résidentielle après la migration.

En 2014, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne représentaient 60 % des nouveaux diagnostics VIH chez les femmes.

L'enquête Parcours a montré qu'il fallait beaucoup de temps pour qu'elles accèdent à une situation de sécurité minimale après leur arrivée, c'est-à-dire un logement personnel, un titre de séjour d'au moins un an et une activité génératrice de revenus propres.

Acquérir l'ensemble de ces trois éléments prend en médiane six ans : deux ans pour que la moitié des femmes accèdent à un logement personnel, trois ans pour que la moitié d'entre elles obtiennent un titre de séjour (d'au moins un an), et quatre ans pour que la moitié d'entre elles aient accès à une activité génératrice de revenus. Six ans pour que la moitié des femmes rassemblent ces trois critères de sécurité minimale.

En résumé, une femme sur deux a déjà vécu sans titre de séjour depuis son arrivée en France ; une femme sur deux a déjà été hébergée par des amis ou de la famille ; une femme sur trois a passé au

moins une année sans logement stable et 5 % d'entre elles ont déjà dormi dans la rue depuis leur arrivée en France.

Après avoir estimé le pourcentage des personnes ayant certainement acquis le VIH après leur arrivée en France (au moins 30 % pour les femmes), l'étude a montré que l'insécurité résidentielle et administrative était associée à des types de partenariats spécifiques et plus à risque pour le VIH.

Les années où les femmes n'avaient pas de titre de séjour ou pas de logement personnel étaient des années où elles étaient dans des relations occasionnelles, courtes (moins d'un an), des relations transactionnelles (en échange de biens matériels ou d'argent), soit des types de relations associés à la transmission du VIH après la migration.

JULIE PANNETIER

« UNE FEMME SUR DEUX A DÉJÀ VÉCU SANS TITRE DE SÉJOUR DEPUIS SON ARRIVÉE EN FRANCE ; UNE FEMME SUR DEUX A DÉJÀ ÉTÉ HÉBERGÉE PAR DES AMIS OU DE LA FAMILLE ; UNE FEMME SUR TROIS A PASSÉ AU MOINS UNE ANNÉE SANS LOGEMENT STABLE ; ET 5 % D'ENTRE ELLES ONT DÉJÀ DORMI DANS LA RUE DEPUIS LEUR ARRIVÉE EN FRANCE. »

2

MÉTHODE

L'enquête Parcours est une enquête conduite à la fois auprès de personnes vivant soit avec le VIH, soit avec l'hépatite B ou n'ayant ni l'une ni l'autre de ces infections. Pour cette étude, Nous avons réduit la population aux femmes qui avaient le VIH – 550 environ – dont 156 ont été infectées après la migration.

Certains éléments de vie permettent de savoir si l'infection a eu lieu avant ou après l'arrivée en France. Par exemple, quand le diagnostic intervient plus de onze ans après l'arrivée en France, la probabilité d'être dépisté plus de dix ans après avoir été infecté est tellement faible qu'on considère qu'elles ont été infectées après leur arrivée. Quand il y a eu un test négatif après l'arrivée en France, on est sûr que l'infection a eu lieu en France. Quand on n'a pas ces éléments, on utilise une méthode de modélisation des CD4. On sait combien de CD4 ont les personnes au moment où elles sont infectées et on sait combien elles en perdent chaque année (50 CD4 en médiane), donc on peut dater le moment de l'infection.

LES ÉLÉMENTS D'ANALYSE

L'ENQUÊTE A PORTÉ SUR : La part des rapports forcés après la migration afin de voir s'il y a un lien entre le VIH et les violences sexuelles.

Le contexte social dans lequel ces violences se produisent, pour déterminer les types de relations dans lesquelles les femmes sont le plus à risque d'en subir.

Les facteurs directs et indirects associés aux rapports forcés après la migration.

Le lien entre les rapports forcés après la migration et les caractéristiques migratoires : la durée du séjour en France, la raison de la migration et les conditions de vie, notamment de logement et de titre de séjour

3

RAPPORTS FORCÉS

24% des femmes infectées par le VIH après l'arrivée en France ont déjà fait l'expérience d'un rapport forcé au cours de leur vie contre 18% chez les femmes du groupe de référence (femmes qui n'avaient pas le VIH). En réduisant cette prévalence aux violences à l'âge adulte, ces taux sont de 20% parmi les femmes infectées après la migration et 14% dans le groupe de référence.

Enfin, 15% des femmes ayant acquis le VIH après leur arrivée ont déclaré des violences sexuelles après leur arrivée en France contre 4% des femmes du groupe de référence. Une grande différence, significative, quatre fois plus importante. Les années où les femmes sont dans des relations transactionnelles sont celles où elles sont le plus à risque de subir des rapports sexuels forcés. Certains types de partenariat vulnérabilisent ainsi les femmes face aux violences sexuelles : les relations transactionnelles, les relations concomitantes, et les relations occasionnelles. Il y a donc un lien direct entre un type de relations et les violences sexuelles.

ACCÉLÉRATEUR DE VULNÉRABILITÉ

INSÉCURITÉ ADMINISTRATIVE Le fait de ne pas avoir de titre de séjour a un effet sur le type de relations dans lesquelles les femmes se retrouvent. C'est un lien indirect, mais c'est un lien.

CONDITIONS DE LOGEMENT Être hébergée par de la famille ou des amis (ce qui concerne une femme sur deux) n'est pas forcément une situation qui protège des violences.

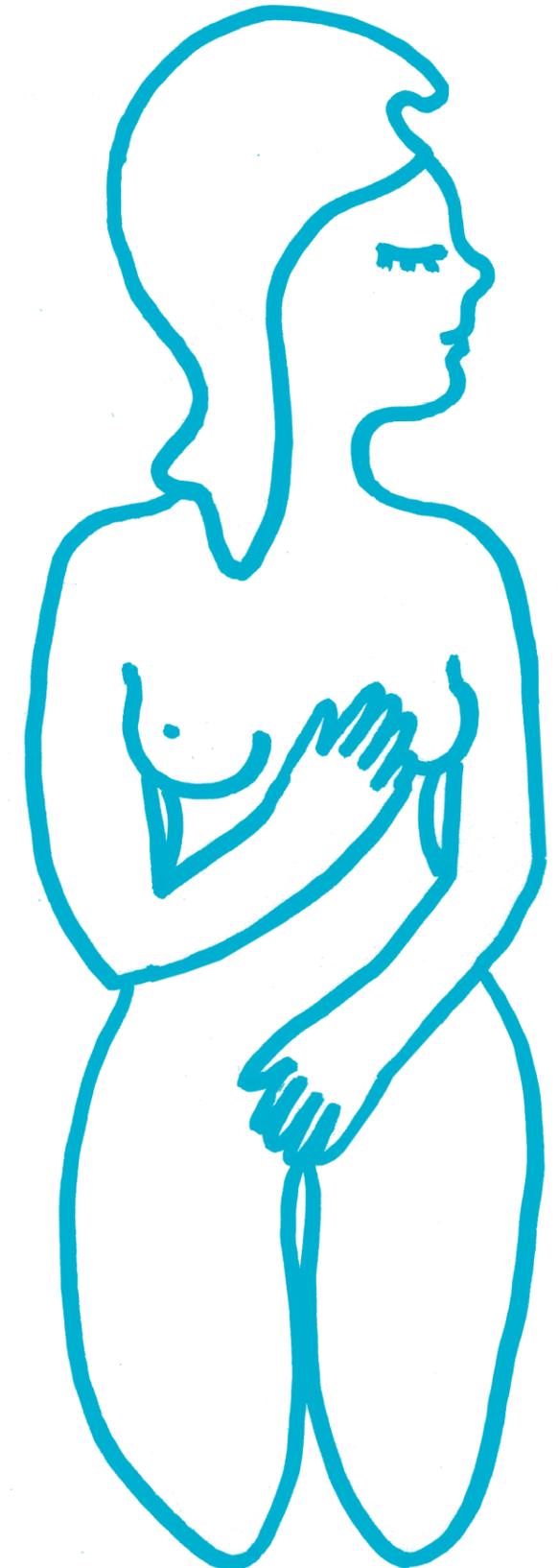
RAISONS DE LA MIGRATION Les femmes qui ont fui leur pays en raison de menaces pour leur vie sont plus à risque de subir des rapports forcés après la migration.

Liens vers les résultats de l'Enquête Parcours p 46

JULIE PANNETIER

« LUTTER CONTRE LES VIOLENCES, CONTRE LE VIH CHEZ LES FEMMES MIGRANTES, SIGNIFIE AGIR AU NIVEAU SANITAIRE, MAIS AUSSI AUX NIVEAUX POLITIQUE ET SOCIAL. »

« LES FEMMES SONT DONC PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES AUX VIOLENCES EN FRANCE QUAND ELLES N'ONT PAS DE LOGEMENT PERSONNEL, QUAND ELLES N'ONT PAS DE TITRE DE SÉJOUR ET QUAND ELLES ONT MIGRÉ EN RAISON D'UNE MENACE POUR LEUR VIE. CES VIOLENCES SEXUELLES ÉTANT TRÈS LIÉES AUX CONDITIONS DE LOGEMENT, CES DERNIÈRES DOIVENT ÊTRE AMÉLIORÉES, NOTAMMENT PENDANT LA PROCÉDURE DE DROIT D'ASILE. ÊTRE HÉBERGÉE PAR DE LA FAMILLE OU DES COMPATRIOTES N'ÉTANT PAS FORCÉMENT UNE SOLUTION, C'EST VRAIMENT LE LOGEMENT PERSONNEL QUI PROTÈGERA LES FEMMES. »



4

QUESTIONS

NICOLAS VIGNIER - HÔPITAL DE MELUN

L'ACCÈS AUX SOINS

À quel moment ont-elles acquis une couverture maladie ou été en contact avec un professionnel de santé? Les malades obtiennent une couverture maladie assez vite après leur arrivée, en moyenne, la première année. Les rares personnes qui ne l'ont pas, cumulent souvent d'autres facteurs de vulnérabilité (en particulier l'absence de droit au séjour), et sont probablement un peu plus loin de l'accompagnement social dont elles peuvent bénéficier. Pour les personnes vivant avec le VIH et l'hépatite B, une fois le diagnostic de la maladie posé, l'entrée dans les soins est aussi assez rapide, dans l'année. En revanche, il y a souvent retard au diagnostic, d'où l'enjeu du dépistage et de l'accès au dépistage. Il y a des choses à parfaire mais, globalement, ce qui ressort de Parcours, c'est que l'urgence est plus sociale que sanitaire.

LES FILIÈRES DE PROSTITUTION

Pourquoi les femmes africaines prises dans les filières de prostitution ne sont-elles pas prises en compte? Si, elles le sont : ça ne concerne que 6 %, trop peu pour pouvoir en faire « quelque chose » statistiquement. Mais même si ce pourcentage est très faible, ça vaudrait le coup de distinguer les rapports forcés payants ou en échange d'un toit, de papiers, etc. Là, on a fait l'impasse.

PLUS JEUNE, PLUS À RISQUE

Avez-vous regardé s'il y avait un lien avec l'âge? Oui, on a ajusté les résultats sur l'âge car, effectivement, ce sont les jeunes femmes qui sont le plus à risque de subir des violences. Les violences ont surtout eu lieu dans l'entrée dans la sexualité, autour de 15-25 ans, ensuite, les femmes sont moins à risque.

LES CONTAMINATIONS HORS RAPPORTS FORCÉS

Il faudrait un travail de recherche et de terrain pour essayer de mieux comprendre les contaminations VIH qui ne sont pas directement liées à des rapports forcés.

Effectivement, 15% des femmes ayant été contaminé par le VIH après leur arrivée en France ont déclaré des violences sexuelles après leur arrivée. Ce qui n'explique pas l'ensemble des contaminations par le VIH des femmes subsahariennes.

Pour les autres, ce sont les déterminants sexuels et sociaux du VIH chez les femmes : le fait de ne pas avoir de titre séjour, de logement personnel, va avoir un impact sur la sexualité et donc le VIH.

QUID DES HOMMES QUI LES ONT CONTAMINÉES ?

À l'heure du traitement comme prévention ^{TasP}, c'est quand même une vraie question d'essayer de comprendre par qui ces femmes ont été contaminées, et dans quelle mesure il serait possible d'améliorer le dépistage, l'accès aux soins et l'indéfectibilité de ces hommes.

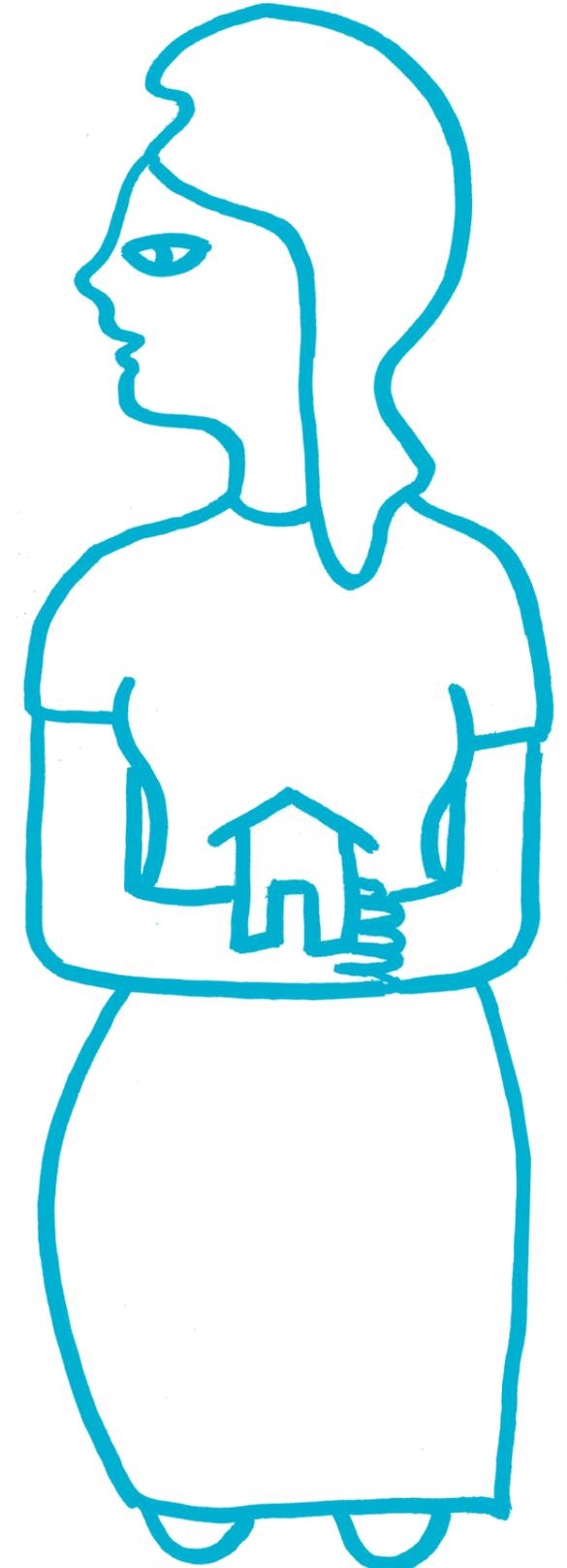
Les études un peu plus poussées montrent que le lien entre le VIH et la violence peut être direct, mais que c'est rarement le cas : les femmes qui sont victimes de violences sont aussi des femmes qui ont elles-mêmes des comportements dits « à risque » et dont les partenaires ont aussi des pratiques sexuelles les plus à risque. Une part des infections par le VIH après l'arrivée en France des femmes d'Afrique subsaharienne se produit dans un contexte où il y a de la violence, mais ce n'est qu'une part.

JULIE PANNETIER

« CES VIOLENCES SEXUELLES ÉTANT TRÈS LIÉES AUX CONDITIONS DE LOGEMENT, CES DERNIÈRES DOIVENT ÊTRE AMÉLIORÉES, NOTAMMENT PENDANT LA PROCÉDURE DE DROIT D'ASILE. ÊTRE HÉBERGÉE PAR DE LA FAMILLE OU DES COMPATRIOTES N'ÉTANT PAS FORCÉMENT UNE SOLUTION, C'EST VRAIMENT LE LOGEMENT PERSONNEL QUI PROTÉGERA LES FEMMES. »

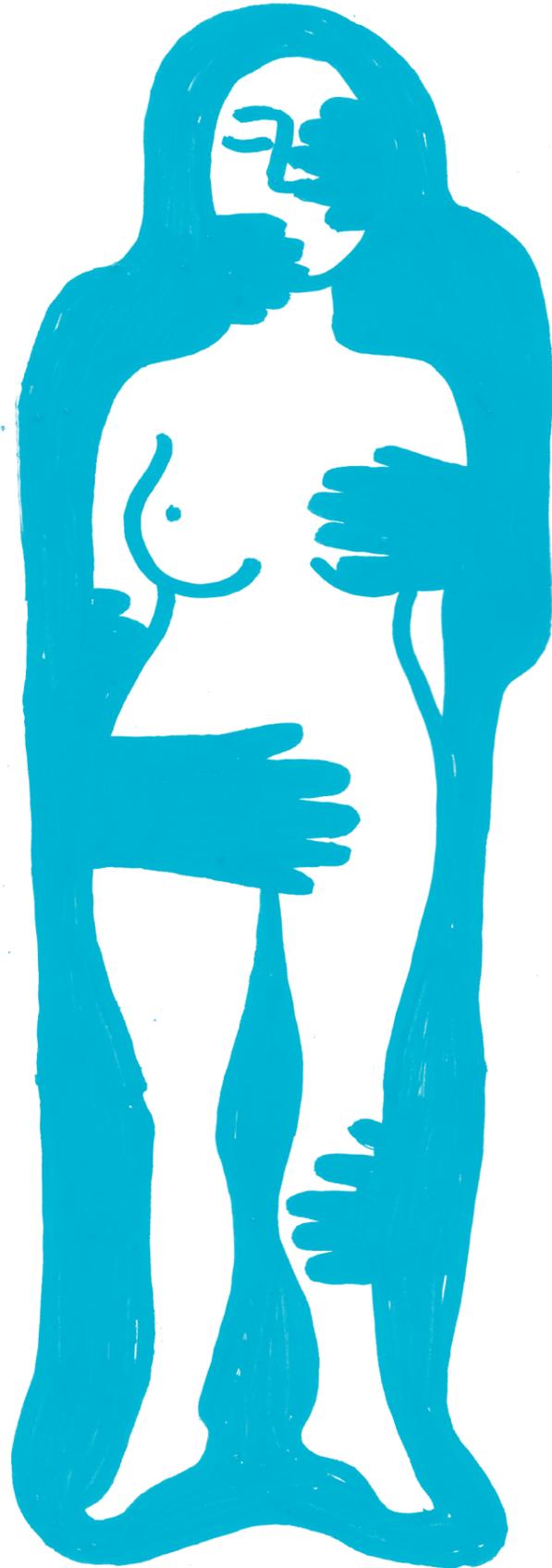
OLIVIER BOUCHAUD

« SI CES HOMMES SONT INFECTÉS ET CONTAMINANTS, C'EST QU'ILS NE SONT PAS DÉPISTÉS, PAS TRAITÉS ET ÇA NOUS RAMÈNE À LA MÉDIATION : COMMENT TOUCHER CES HOMMES INFECTÉS NON TRAITÉS POUR FAIRE DU TASP ? ET COMMENT TOUCHER CES FEMMES JEUNES QUI VIENNENT D'ARRIVER EN FRANCE POUR LEUR PROPOSER LA PREP ? »



JULIE PANNETIER

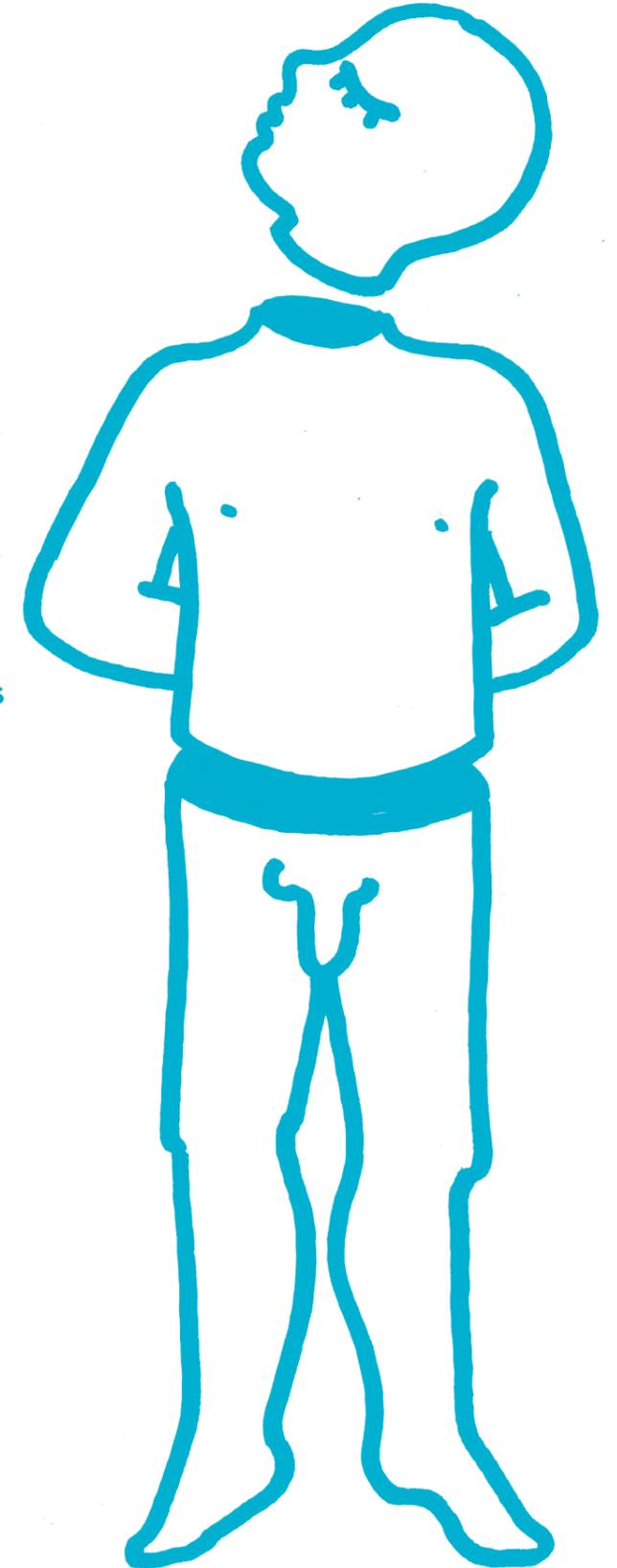
« EFFECTIVEMENT, LES HOMMES
ET LES FEMMES SONT TOUS CONFRONTÉS
À LA VIOLENCE, MAIS LES FEMMES SONT
EN PLUS CONFRONTÉES À LA VIOLENCE
SEXUELLE. PLUS, BEAUCOUP PLUS QUE
LES HOMMES. »



WILLY ROZENBAUM

« CE N'EST PAS AU COURS
D'UNE VIOLENCE SEXUELLE QUE
LA CONTAMINATION SE PASSE,
C'EST L'ENVIRONNEMENT SOCIO-
ÉCONOMICO-CULTUREL QUI FAIT
FACTEUR DE RISQUE.

DERRIÈRE, ÇA VEUT DIRE QUE
LES HOMMES QUI CONTAMINENT SONT
DANS LE MÊME ENVIRONNEMENT.
ET QUE SI ON VEUT PROTÉGER
LES FEMMES, IL FAUT AUSSI S'OCCUPER
DES HOMMES. LE RETARD
AU DIAGNOSTIC AUJOURD'HUI,
C'EST CHEZ LES HOMMES D'ORIGINE
MIGRANTE PLUS QUE CHEZ LES FEMMES
« GRÂCE » AUX GROSSESSES QUI FONT
QUE LE DIAGNOSTIC EST SANS DOUTE
PLUS PRÉCOCE. IL FAUT BIEN METTRE
EN AVANT CET ASPECT DE L'ACTION
CONJOINTE DE L'INTERVENTION. »





SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE CONSTATS ET PRÉCONISATIONS SUR L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS EN FRANCE

Représentant la direction des opérations France de Médecins du Monde, je vais vous parler de nos constats et préconisations sur les personnes rencontrées au sein de nos programmes. Les programmes MdM en France se répartissent sur le territoire avec plusieurs types de projets : les CASO, qui sont des centres d'accueil, de soins et d'orientation, des structures fixes assurant un accueil social, psychique, médical et une information/orientation vers les dispositifs de droit commun. Nous avons également une trentaine d'actions mobiles pour des personnes en situation de précarité et ayant des difficultés d'accès aux droits et à la santé. Ces programmes d'aller vers sont déployés auprès des personnes en habitat précaire, squat, bidonville..., auprès des mineurs non accompagnés, sur la prévention VIH/IST/hépatites/tuberculose, dans les outre-mer Mayotte, Guyane, en zones urbaines sensibles, auprès des usagers de drogue et des travailleuses du sexe. Et, depuis récemment, nous avons également développé un programme de recherche sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

Les données que je vais vous présenter sont issues de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins, rapport que nous publions tous les ans sur les données de nos programmes (Liens vers le Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins" p46). Tous les migrants ne sont pas précaires, heureusement. Les données que je vais présenter concernent les personnes migrantes en situation de précarité, sachant que la file active de nos projets est composée à 95 % de personnes migrantes, dont 98 % vivent sous le seuil de pauvreté, soit la quasi-totalité. Leurs conditions de logement sont précaires : hébergement d'urgence pour une ou deux nuits, vivant à la rue, en squat, en bidonville. Nombreux sont ceux qui sont hébergés chez la famille, des amis ou dans des hébergements un peu plus longs, associatifs ou institutionnels. Seuls 8 % de la file active ont un logement personnel. Ces personnes migrantes sont majoritairement 40 % des primo-arrivants c'est à dire depuis moins de trois mois sur le territoire Français quand on les rencontre la première fois dans nos programmes. 86 % n'ont pas de droits ouverts à une couverture maladie. Mais ça ne veut pas dire qu'ils ne peuvent pas y prétendre puisque 75 % remplissent les conditions pour y avoir droit. Concernant l'Aide médicale d'État AME, ils ne sont par exemple que 8 % à avoir des droits effectifs quand on les rencontre, alors que 50 % ont les conditions nécessaires pour y avoir droit.

1

DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS MAJORITAIREMENT ADMINISTRATIVES

S'agissant des obstacles cités par les patients, les difficultés administratives figurent au premier plan : fournir des pièces justificatives, pas faciles à obtenir, une domiciliation, une preuve de présence sur le territoire depuis au moins trois mois, des documents assez contraignants à rassembler pour pouvoir ouvrir les droits.

Les personnes ne connaissent pas leurs droits ni les structures auxquelles elles peuvent se référer pour y avoir accès, sans parler de la barrière linguistique pour pouvoir remplir les dossiers ou communiquer avec les personnels.

Les conséquences de ces difficultés d'accès aux droits ont des répercussions sur l'état de santé : des retards de recours aux soins, évalués à presque 50 % par les médecins qui rencontrent nos patients, donc des diagnostics faits tardivement, des pathologies plus complexes et plus lourdes à traiter et, du coup, des besoins de prise en charge plus urgents. On voit des problèmes de santé générés ou aggravés par les mauvaises conditions de vie, d'hébergement, des prises en charge tardives, et beaucoup de pathologies aiguës en lien avec la précarité : pathologies respiratoires, digestives, ostéo-articulaires, majoritairement en lien avec les conditions de vie précaires.

2

VIH, HÉPATITES, GROSSESSE, CONTRACEPTION...

Concernant les maladies infectieuses, les prévalences sont extrêmement élevées par rapport à la population générale. Seules 2 personnes sur 10 connaissent leur statut sérologique quand on les rencontre, clairement inférieur aux patients français.

Ce sont 12 % des femmes qui indiquent une contraception (ce qui est très inférieur à la population française), une contraception majoritairement traditionnelle, illustrant un défaut d'information et de connaissance des différents modes de protection et de contraception dont elles peuvent bénéficier.

Les femmes enceintes ont un suivi de grossesse souvent effectué de manière très tardive, ce qui pose aussi problème lorsqu'il y a des demandes d'IVG (10 % des femmes).

Pour la prévention du cancer du col, on constate également un gros défaut de connaissance des examens de dépistage, puisque 70 % des femmes n'ont jamais réalisé un frottis au cours de leur vie parce qu'elles ne le connaissent pas, ou parce que même si elles ont rencontré un spécialiste ou un médecin dans leur parcours, on ne leur a jamais proposé. Cependant, 40 % ont réalisé des examens gynécologiques au cours des dernières années, autant d'opportunités potentielles de faire un frottis.

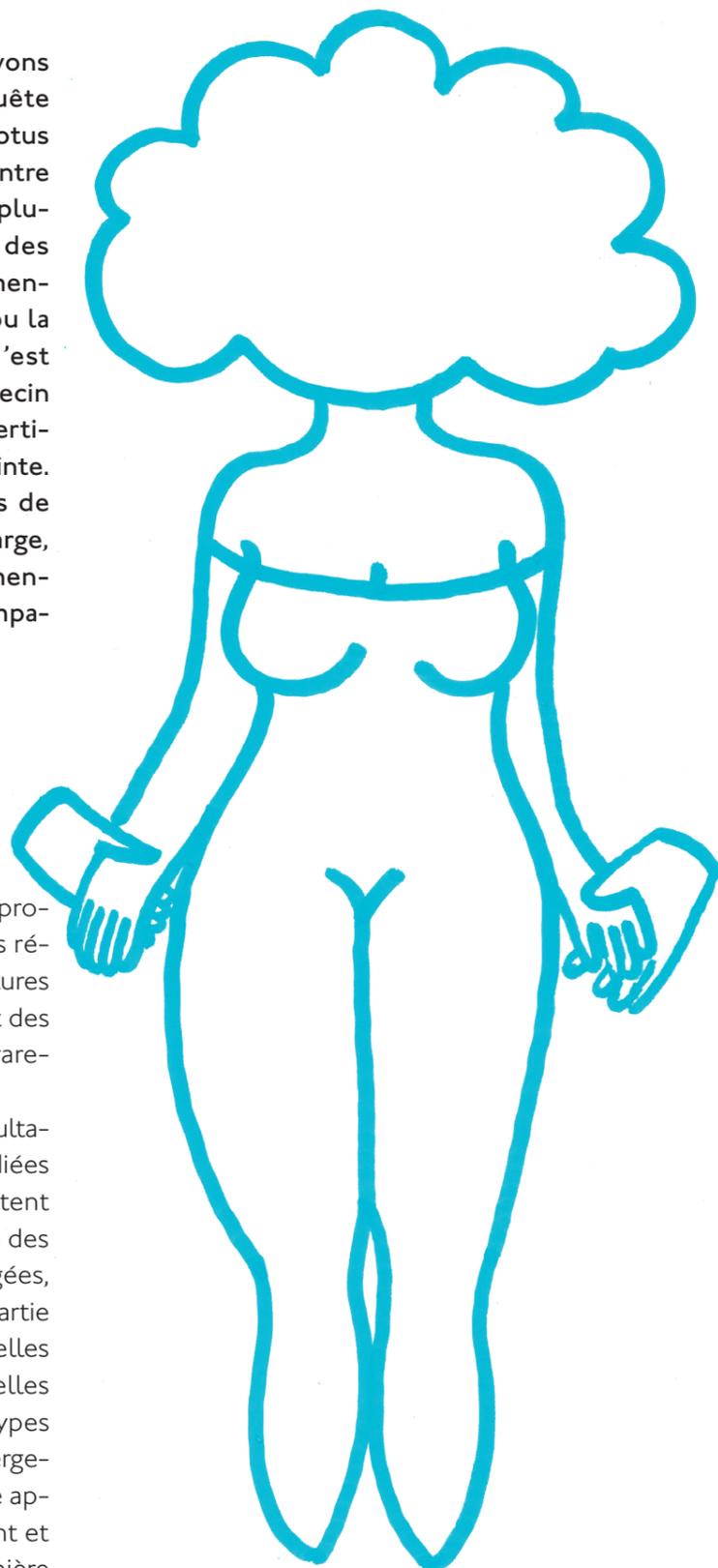
3

VIOLENCES

En ce qui concerne les violences, nous n'avons pas de données très récentes. Une enquête auprès travailleuses du sexe chinoises (Lotus Bus, 2012) a montré que près de 90 % d'entre elles avaient été confrontées à une ou plusieurs formes de violences. Elles ont des conséquences importantes : physiques, mentales, sur leur santé, que ce soit le VIH ou la dépression. Ce qui est intéressant, c'est qu'elles sont très peu à consulter un médecin pour ces faits, à pouvoir bénéficier d'un certificat médical et donc à pouvoir porter plainte. Du coup, on est aussi sur des questions de prise en charge, de réseaux de prise en charge, tant au niveau de la santé et de la santé mentale qu'au niveau juridique pour les accompagner dans leurs démarches.

La deuxième enquête a été réalisée sur les programmes Île-de-France. Avec les migrations récentes, on a tendance à avoir dans nos structures des femmes ou des hommes qui rapportent des violences dans leur parcours migratoire, rarement des violences subies en France.

Or, lorsqu'on a l'opportunité d'avoir des consultations un peu plus poussées, un peu plus dédiées à la santé sexuelle, les personnes rapportent effectivement des situations d'exposition à des violences. C'est le cas des personnes hébergées, où des logements sont proposés en contrepartie de services sexuels, voulus ou pas, parce qu'elles préfèrent parfois être hébergées, même si elles se savent redevables. Mais il y a plusieurs types de violences dans ces questions liées à l'hébergement. Alors on essaie de travailler dans une approche de réduction des risques en discutant et en échangeant avec les personnes sur la manière et les facteurs sur lesquels nous pouvons agir.



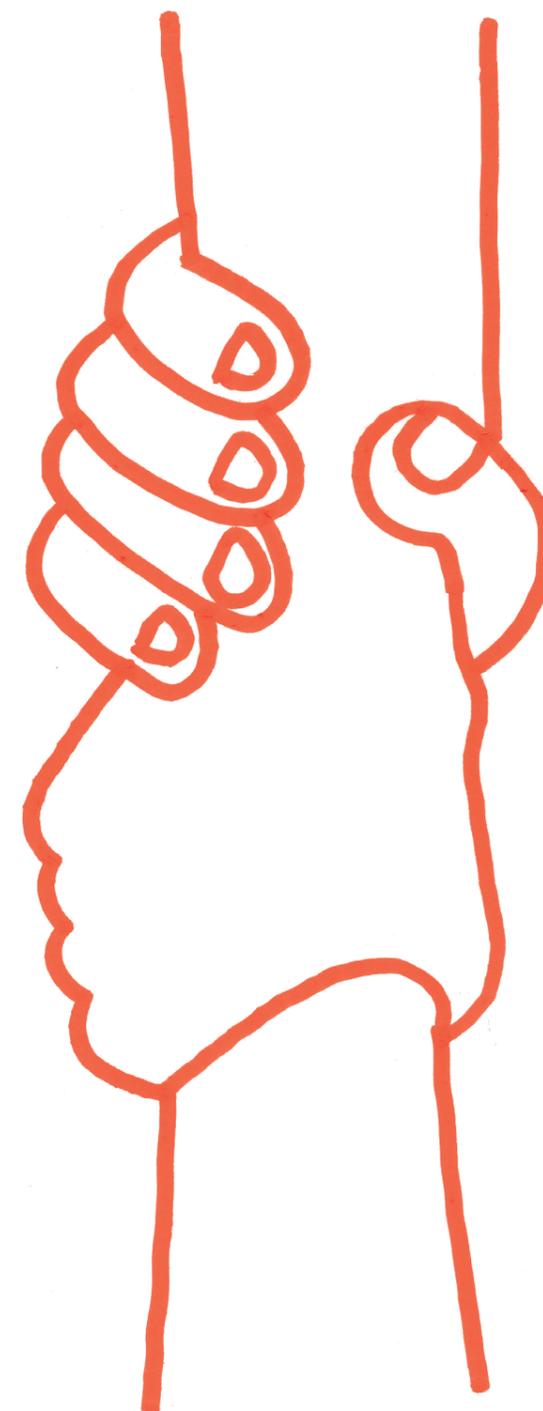
4

COUNSELING, INTERPRÉTARIAT, ALLER-VERS

Beaucoup de nos équipes sont formées au counseling pour renforcer les capacités et les compétences des personnes et s'appuyer sur leur savoir, ce qu'elles veulent. Partir de leur savoir pour pouvoir les informer et faire en sorte que les messages de prévention qu'on leur apporte soient complémentaires à ce dont elles ont besoin de savoir. L'interprétariat professionnel par une tierce personne (ni la famille ni les enfants) est quelque chose qu'on essaye de mettre en œuvre systématiquement. Des outils pour accompagner ces messages sont importants et permettent de concrétiser la démarche de prévention par le dépistage. Les TROD VIH et hépatite C sont diffusés dans 16 de nos programmes, sachant que les personnes se présentent dans nos structures pour une demande de soins, une demande sociale. Mais l'idée, c'est de saisir les opportunités de rencontrer les personnes pour aborder la question de la prévention et leur proposer des dépistages sur place. Sur la prévention du cancer du col, nous avons une recherche en cours : proposer, au sein de consultations de prévention dédiées, un auto-prélèvement vaginal permettant de dépister les HPV à haut risque oncogène, puis orienter les femmes vers les structures partenaires pour un frottis. L'idée, là aussi, est de se baser sur le counseling, l'interprétariat, et l'amélioration des connaissances des personnes et des dispositifs de prise en charge.

Et pour finir, «aller vers» les personnes. Nous avons une grosse proportion de programmes mobiles pour aller à la rencontre des personnes, connaître leurs conditions sur les lieux de vie ou de travail, ce qui permet d'améliorer et d'adapter les prises en charge qu'on peut leur proposer, tout en offrant un certain nombre d'informations et de services sur place. Concernant la médiation en santé et l'interprétariat professionnel, j'en profite pour faire référence aux ré-

cents guides de la Haute Autorité de santé HAS (Lien vers le guide de "Médiation en santé et interprétariat pour favoriser l'accès à la prévention et aux soins" p 46), qui sont des outils intéressants pour améliorer ces pratiques.



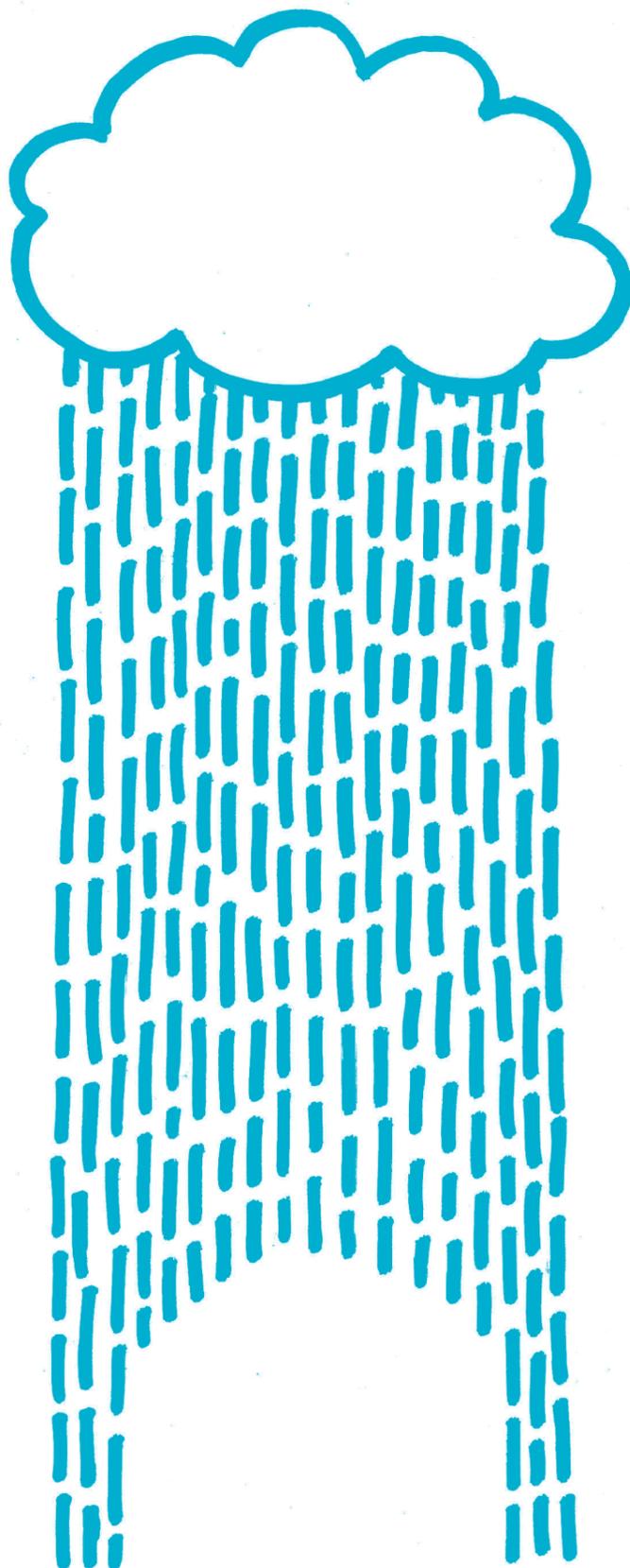
POUR CONCLURE

LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les déterminants de l'état de santé sont à prendre en compte dans leur globalité si on veut améliorer la prévention et l'accès aux soins. Il faut travailler sur l'accès aux droits, au logement et aux soins qui doivent s'adapter aux populations migrantes et à leurs spécificités s'il y a lieu, que ce soit en dispositifs de proximité ou en outils.

PRÉVENTION

Améliorer l'accès à la prévention par des outils, des approches innovantes pour être en proximité des personnes, saisir chaque opportunité de rencontre pour avoir des personnes formées, permettant de diffuser les informations et d'aborder des sujets en s'affranchissant des barrières culturelles et linguistiques, et en mettant en œuvre de l'interprétariat professionnel à tous les niveaux. Faire aussi tomber ces barrières culturelles, car on pense parfois que tout est culturel alors qu'un migrant n'est pas forcément si différent... Faire évoluer le système de droit commun et enfin, accompagner la stratégie de santé sexuelle afin que les moyens soient donnés pour mettre en place l'ensemble de ces actions.



DES PISTES POUR PROGRESSER



SOPHIE LAURENCE

« LES GENS QUI DEMANDENT L'ASILE SONT BEAUCOUP PLUS FRÉQUEMMENT VICTIMES DE VIOLENCES QUE LES AUTRES PATIENTS, QUI SONT EUX AUSSI EXTRÊMEMENT SOUVENT CONFRONTÉS À LA VIOLENCE DANS LEUR VIE. »

Des dispositifs qui évoluent, avec plus de mobilité sur le territoire pour aller à la rencontre des personnes. Il y a une réelle carence d'information et de connaissance, de maillage et de lien entre les différentes structures. Savoir où aller et se repérer dans l'ensemble de ces structures est extrêmement complexe. Il y a des dispositifs qui fonctionnent bien (les CeGIDD, le Planning familial, etc.), mais ce sont surtout les dispositifs d'information et de première ligne qui nous semblent essentiels. On avait proposé la mise en place de consultations « bilan de santé » pour toutes les personnes qui obtiennent des droits à l'AME, des consultations complètes au cours desquelles elles peuvent bénéficier d'un ensemble d'informations et de dépistage si elles le souhaitent. Des opportunités qui devraient être mises en place et systématisées.



VIOLENCES SEXUELLES ET SANTÉ REPRODUCTIVE QUELS ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS EN EUROPE, EN TURQUIE ET AU CANADA ?

Depuis cent ans, il y a une immense stabilité du nombre de migrants dans le monde puisqu'on est toujours à 3,5 %. En Europe, on a environ 7,19 % de citoyens étrangers. Dans nos données, on reprend quelque chose de plus simple à analyser : les gens qui ont une nationalité différente de celle du pays dans lequel ils séjournent. Et je ne sais pas si vous le savez mais, en proportion, c'est au Luxembourg qu'il y a le plus d'étrangers ^{47 % de la population totale}. Dans ces 47 %, il y a beaucoup d'employés de banque et de fonctionnaires, mais pour les étrangers qui ne sont pas inclus dans le monde du travail, au Luxembourg, il n'y a aucun accès aux soins, RIEN du tout ! Pour les citoyens européens vivant dans un autre pays que le leur, une directive européenne de 2004 dit que quand on n'a pas les ressources suffisantes et/ou une couverture maladie, on perd le droit au séjour dans un autre pays européen ! En Turquie, il y a 3,4 millions de réfugiés enregistrés (sans compter les sans-papiers), parmi lesquels 3 millions de Syriens, qui sont les seuls à pouvoir obtenir quelques vagues petits droits d'accès aux soins dans le pays. Les autres n'y sont pas éligibles, y compris les enfants ou femmes enceintes ! Au Canada, les personnes nées à l'étranger représentent 20 % de la population totale, ce qui est assez fort.



INSTITUTIONNALISATION DES VIOLENCES

Les gens qui demandent l'asile sont beaucoup plus fréquemment victimes de violences que les autres patients, qui sont eux aussi extrêmement souvent confrontés à la violence dans leur vie. Un enseignement : les violences sexuelles concernent aussi les hommes, mais elles sont beaucoup moins souvent déclarées. Il faut vraiment avoir en tête que dans le parcours migratoire, il y a une sorte d'institutionnalisation des violences sexuelles de la part des passeurs pour obtenir plus d'argent, une sorte de systématisation des viols. La femme est violée devant le mari, le mari est violé devant la femme et ensuite, il leur est dit : « appelez votre famille, il nous faut plus d'argent. » C'est en augmentation constante, et à tous les âges.

Ils sont 10% à déclarer avoir subi un acte de violence après leur arrivée en Europe, et près de 30% des violences sexuelles ont eu lieu dans le pays dit « d'accueil ». Si on isolait la Turquie, il y en aurait beaucoup plus : on y a un copain médecin très sympa et quand on lui demande « Comment se fait-il que, dans les données que tu nous transmets, il n'y ait rien sur les mutilations sexuelles ? », il répond : « Ce n'est pas une violence, c'est normal ! » Il vient d'un pays où 98,7% des femmes sont mutilées. Donc, quand on parle avec les femmes, il ne faut pas dire : « Est-ce que vous avez été victime de violence, mutilation ? » mais « Est-ce qu'on vous a coupée, est-ce qu'on vous a coupée et cousue ? » Il faut utiliser les bons termes pour réussir à dépister ça.

DEUX TÉMOIGNAGES SUR DES CENTAINES

Le premier, celui d'une femme qui souffre d'une infibulation et qui, après avoir donné naissance à son premier enfant, a été recousue par des gens qui sont venus exprès pour la recoudre. Elle a eu un deuxième enfant et elle a peur d'être recousue. On a réussi à la voir séparément (sans son mari) et elle nous a dit qu'elle était tellement heureuse d'avoir des fils car sa fille aurait été mutilée de la même façon. Et le second, celui de Lisi, en Suisse, qui est arrivée de RDC après avoir été enfermée et violée sans interruption pendant trois mois par des soldats. Le jour de son enlèvement, sa mère avait été violée et tuée devant ses yeux et son père exécuté. Elle doit rencontrer les gens pour sa demande d'asile, mais elle a beaucoup de mal à leur parler, elle a des blancs, des moments où elle n'est plus capable d'expliquer ce qui lui est arrivé, où elle confond les dates. Et ça, c'est mortel pour les demandes d'asile, il faut avoir un récit linéaire ! À la fin de ce très long entretien, elle se tourne vers nous et nous dit : « Mais vous, vous me croyez ? » car personne ne la croit jamais !

Les victimes de violence ont beaucoup plus souvent une perception de leur état de santé bien pire que les personnes qui n'ont pas été victimes de violences. L'expérience de la migration est en elle-même une violence, c'est un cumul de circonstances traumatiques. On perd les éléments fondateurs de la construction de son identité, de son autonomie, son langage, sa famille, ses amis, ses repères... Et ce que nous disent surtout les gens, c'est l'insécurité terrible qui pèse sur leur futur. Ils se sont vraiment battus pour se sauver, pour sauver la peau de leur famille, ils arrivent et là... ils sont confrontés à de multiples insécurités : le logement, l'argent et la menace permanente d'être renvoyés dans le pays qu'ils ont fui. Un point est très important : faire un dépistage

2

QUELQUES POINTS CLÉS

systematique en soins de santé primaire sur les violences vécues. Si c'est systématique, si vous dites "Ne vous inquiétez pas je pose cette question à tout le monde : avez-vous été confronté à des violences dans votre vie antérieure ou maintenant?" c'est bien pris par les gens.

Le fait de rajouter le "ou maintenant" est important car on peut aussi protéger, et on est étonné du nombre de gens qui répondent. Certains pensent qu'on ne peut pas poser ces questions si on n'a pas tout un réseau de soins de seconde ligne, de psys, etc., mais il y a beaucoup d'interventions qui peuvent être faites en médecine générale et qui aident les gens.

VIH/VHB/VHC

En Turquie, les gens voudraient être testés, mais seul 1% sait où le faire. L'autre problème, c'est que s'ils sont testés positifs, il n'y a de toute façon aucun accès aux soins et les médecins turcs avec lesquels on travaille leur disent : « Vous avez plutôt intérêt à rentrer dans votre pays car maintenant, il y a des programmes pour accéder aux soins. Ici, en Turquie, vous n'aurez jamais d'antirétroviraux. »

LES FEMMES ENCEINTES

Au Canada, les suivis de grossesse, etc. coûtent entre 3 500 et 12 000 \$ canadiens. Les femmes que l'on voit n'ont donc aucun suivi, ont peur d'aller accoucher à l'hôpital et une partie d'entre elles non négligeable accouchent directement chez elles, seules, avec des copines...

En Europe, on n'est pas bien meilleurs, parce que les femmes enceintes sans papier n'ont un accès gratuit aux soins périnataux que dans 8 pays et avec de multiples difficultés administratives. Trois pays donnent un accès gratuit à l'avortement pour toutes les femmes : la Belgique, la France et la Suède.

POUR LES MIGRANTS LGBTI

78 pays criminalisent les personnes pour leur orientation sexuelle, dont 10 pays avec la peine de mort. C'est donc une bonne raison pour ne pas y retourner. Au cours de la procédure d'asile, les services demandent très souvent aux gens de prouver qu'ils étaient homosexuels dans leur pays d'origine avec des photos ou des vidéos. On croit rêver : des systèmes qui demandent aux gens de se faire prendre en photo, en vidéo pendant leurs relations sexuelles, on marche sur la tête!

Le Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés répète depuis 2002 qu'il faut inclure les persécutions pour orientation sexuelle dans

3

QUESTIONS

YANN METZGER

MIGRANTS LGBTI

Pourriez-vous développer les mesures mises en place pour les migrants LGBTI? La seule référence que j'ai trouvée, c'est en Suède mais je n'ai pas fait une étude exhaustive. C'est le seul pays où il y a une prise en compte systématique dans les foyers. On interroge les gens de façon sécurisée, en tête-à-tête, et on les protège pour éviter qu'ils se fassent massacrer par les autres migrants. C'est le seul pays où j'ai trouvé ça.

L'HÉBERGEMENT D'ABORD

« LA SANTÉ DANS SA GLOBALITÉ NE SERA VRAIMENT POSSIBLE QUE QUAND LES PERSONNES AURONT UN HÉBERGEMENT, MÊME PRÉCAIRE, MAIS UN HÉBERGEMENT. PARCE QUE POUR NOUS, ASSOCIATIFS ET PERSONNES VOULANT AIDER L'AUTRE, IL N'EST PAS POSSIBLE DE DEVOIR METTRE À LA PORTE DES PERSONNES QUI N'ONT PAS DE LOGEMENT. IL FAUT FAIRE BOUGER LES CHOSSES POUR FAIRE COMPRENDRE QUE TOUT PASSE D'ABORD PAR L'HÉBERGEMENT, QUI PERMET DE METTRE EN SÉCURITÉ LES PERSONNES, ET, ENSUITE, DE POUVOIR LES SOIGNER. »

les examens de demande d'asile, mais très souvent les gens n'osent pas en parler. Ils ont peur des interprètes, peur d'être dénoncés auprès de leur famille ou de leur communauté. À part en Suède, il n'y a pas de protection organisée dans la plupart des pays, et il y a une interruption des traitements hormonaux puisque les gens n'ont pas accès aux soins.

La Commission européenne finance beaucoup de programmes d'urgence, mais sur la nécessaire protection au quotidien des gens qui sont arrivés en Europe, peu de choses sont faites. Au niveau des États, une seule obsession : qui n'est pas de protéger les individus, mais réduire leur visibilité, réduire le nombre d'arrivants, quitte à financer les milices, y compris en Libye. Au niveau des ONG et de la population, il y a eu d'immenses mouvements de solidarité pour l'hébergement, la protection, mais les gens sont dépassés par le nombre. Ils ne peuvent pas répondre à tous les besoins, tout le temps et cela entraîne des défaillances dans la protection des personnes. Une femme qui avait été violée à Calais n'a pas eu d'hébergement pendant les deux mois qui ont suivi et a donc continué à dormir à l'endroit où elle avait été violée. Des trucs absolument insupportables! Aujourd'hui, quand on finance la Libye pour que les gens y restent et n'arrivent dans nos pays, on finance en fait les enlèvements et toutes les exactions...

NATHALIE SIMONNOT

« LES BONNES PRATIQUES, PAR EXEMPLE, CE SONT TOUS LES HABITANTS DES ÎLES GRECQUES QUI MITONNENT DES PLATS CHEZ EUX POUR APPORTER DE LA BONNE NOURRITURE AUX MIGRANTS DANS LES CAMPMENTS, QUI LES HÉBERGENT AUSSI. BEAUCOUP DE BONNES PRATIQUES VIENNENT DES GROUPES DE CITOYENS QUI SE SONT ORGANISÉS ET QUI ONT SAUVÉ UNE PARTIE DE NOTRE HONNEUR ! »

IV

CONSULTATION DE SEXOLOGIE CHEZ LES MIGRANT.E.S QUELLE EXPÉRIENCE ?

Chez les personnes vivant avec le VIH, la santé sexuelle est évidemment très malmenée, qu'on soit migrant ou pas. Une personne vivant avec le VIH sur deux ne va pas bien dans sa santé sexuelle. Face à la nécessité d'une offre de santé sexuelle intégrée coordonnée, au plus proche des besoins des personnes, nous avons ressenti le besoin, depuis cinq ans, de pouvoir offrir aux personnes suivies pour le VIH à l'hôpital Bichat (donc notamment des migrants) une offre de sexologie, de prise en charge de la santé sexuelle, intégrée au sein du service des maladies infectieuses.

Les personnes migrantes que je vois ont des caractéristiques démographiques très comparables à celles des non-migrants : une moyenne d'âge de 48 ans, deux tiers d'hommes, qui viennent en général me voir neuf ans (de trois mois à vingt-sept ans) après la découverte de leur séropositivité. Leur orientation sexuelle est hétéro dans 85 % des cas, homo-bi dans 15 %, ce qui est le principal delta par rapport aux non-migrants.

On retrouve deux motifs de consultations - mais au fur et à mesure qu'on dialogue, on s'aperçoit qu'il y en a souvent plus - et deux types de données avec lesquelles il faut jongler : des données directement liées à l'histoire avec le VIH et des données liées au parcours de vie. Deux plans sur lesquels on va travailler, en mixant à chaque fois ce qui relève du VIH et ce qui relève de la vie. Nous avons ainsi des clusters de personnes ayant des vécus similaires, les principales différences étant finalement liées aux représentations culturelles. Mais c'est évidemment valable pour n'importe qui : dès qu'on approche la sexualité, tout est question de représentations.

I

SUJETS ET PRATIQUES SPÉCIFIQUES

En quoi ces représentations sont-elles différentes chez les migrants? Sur le VIH, le stigmatisme est d'abord extrêmement fort, beaucoup plus fortement exprimé par rapport aux non-migrants. Peur de la pénalisation, du risque de transmission... donc beaucoup de peur dès qu'il y a des représentants du droit. Et puis, bien sûr, les conséquences sur le désir d'enfant, sur la polygamie, donc sur des comportements liés à la sexualité qui diffèrent parfois de ceux des non-migrants. L'homosexualité est par ailleurs souvent beaucoup plus taboue chez les migrants, qui ont parfois migré pour cette raison. Sur la maternité ou la paternité, j'ai aussi eu des demandes de spermogramme après 70 ans, face à l'importance vitale d'avoir un enfant. Autant de sujets très spécifiques aux publics migrants.

Mais il y a aussi des pratiques sexuelles spécifiques, comme le Dry Sex, le sexe sec, avec sécheresse vaginale favorisée (à la pierre d'alun, au gingembre, aux fumigations) pour accroître les sensations. Pourquoi ces femmes s'infligent-elles ça pour le plaisir supposé de l'homme? Cela nécessite certaines informations sur les risques d'IST ou de surinfection. Certains hommes préférant, à l'inverse, les sécrétions vaginales plus importantes, les femmes mettent plutôt du miel ou des feuilles de menthe et il est alors très important de leur expliquer qu'on ne connaît pas les conséquences à long terme de ces pratiques.

L'excision est souvent perçue comme une violence sexuelle. Un sentiment d'incomplétude, avec ce questionnement tout simple : « Je ne comprends pas très bien comment mon corps est fait aujourd'hui ». Des femmes qui disent, en gros, « je veux comprendre ce qu'on m'a fait, je veux savoir ce que je peux faire », et qui sont dans une culture de l'action, de dynamisme, pas dans le « je vais me reconstruire en

PATRICK PAPAIZIAN - SEXOLOGUE, HÔPITAL BICHAT

**« FACE AUX REPRÉSENTATIONS
DU CORPS, IL FAUT BIEN EXPLIQUER
AUX PERSONNES CE QU'ON FAIT,
PAR EXEMPLE POUR LES MÉDICAMENTS,
FACE À UNE VISION PARFOIS TRÈS
ANIMISTE SUR LAQUELLE ON PEUT
S'APPUYER ET QU'IL NE FAUT
PAS FORCÉMENT RÉFUTER, LOIN DE LÀ. »**

m'allongeant sur un divan ». La polygamie pose évidemment question en tant que médecin blanc occidental. Les difficultés à intégrer les habitudes des migrants dans nos schémas occidentaux, comme épouser la sœur d'une épouse défunte, automatique dans certaines cultures et qui, pour nous, l'est un peu moins, ou épouser une adolescente... Les risques de contamination, l'observance médiocre, parce que le marabout au village a dit : « Il faut arrêter ça ». Mais on a également des choses sur lesquelles on peut s'appuyer, comme les rituels de séduction qui sont très bien décrits par les femmes, ou leur langage parfois plus explicite et plus clair. Les femmes migrantes sont plus cash, et ce n'est pas plus mal.

Face aux représentations du corps, il faut bien expliquer aux personnes ce qu'on fait, par exemple pour les médicaments, face à une vision parfois très animiste sur laquelle on peut s'appuyer et qu'il ne faut pas forcément réfuter, loin de là.

DES EXEMPLES CONCRETS DE PRISE EN CHARGE EN CONSULTATION DE SEXOLOGIE

J'aimerais commencer par cette femme de 34 ans, originaire du Tchad, venue me voir parce qu'elle n'avait pas eu d'homme dans sa vie depuis quatre ans et qu'elle ne savait pas si c'était normal.

MADAME T.

Elle vit avec le VIH depuis dix ans, indétectable, sous traitement, rien de spécial sur le plan médical. Elle est dans une situation précaire et la sexualité est peut-être un luxe qu'elle ne peut pas se permettre. Ce que je peux faire à la première consultation, c'est lui donner des informations : indétectable = non transmissible, il faut que je le répète, que j'insiste, que je ne laisse pas le moindre doute possible. Il faut travailler sur le syndrome post-traumatique de l'annonce de la séropositivité, parce que c'est toujours un traumatisme, quel que soit le patient, mais aussi proposer des pistes pour retrouver du désir, et surtout, du plaisir dans la vie.

Tendre des perches sur les violences sexuelles subies, sans le faire de façon frontale, évoquer la sexualité imposée et les mutilations génitales en séparant bien les deux, et réfléchir avec elle sur son parcours de femme car peut-être qu'elle est migrante, qu'elle est en situation précaire, qu'elle a le VIH, mais c'est avant tout une femme. A-t-elle besoin de quelqu'un dans sa vie ? On peut être très heureux en étant célibataire.

À la deuxième consultation, elle aborde très rapidement l'excision qu'elle a subie enfant et qu'elle évoque avec beaucoup de violence, de colère et de pleurs. Il y a une mise en relation directe des deux traumatismes, séropositivité et excision, comme s'il y avait réactivation de cette blessure. Tout d'un coup, elle comprend que la sexualité a été source de douleur, morale ou physique. Dans le service, nous avons des brochures « Combattre l'excision » très bien faites, réalisées avec l'hôpital Delafontaine à

Saint-Denis, que je laisse traîner sur mon bureau, et je m'appuie beaucoup sur les données anatomiques récentes en disant à mes patientes « ces abrutis qui vous ont coupé un petit bout ont vraiment été bien bêtes car il en reste les 9/10es enfouis ». Un schéma qui fait souvent sourire.

Sur la maternité, il est évidemment très important d'expliquer à ces femmes qu'elles peuvent procréer naturellement à partir du moment où elles sont indétectables, sans préservatif, et surtout sans méthode quelle qu'elle soit. C'est une immense avancée. Ça change complètement le visage de cette consultation.

À la cinquième consultation, cette patiente avait rencontré un homme et disait avoir un peu de désir. Il ne s'est rien passé, me dit-elle, elle était surtout rassurée par le fait que l'homme la désire. Elle a compris les conséquences de l'excision grâce à sa consultation à l'hôpital Delafontaine, elle n'ira pas plus loin pour le moment, mais elle s'est un peu réapproprié cette partie de son corps.

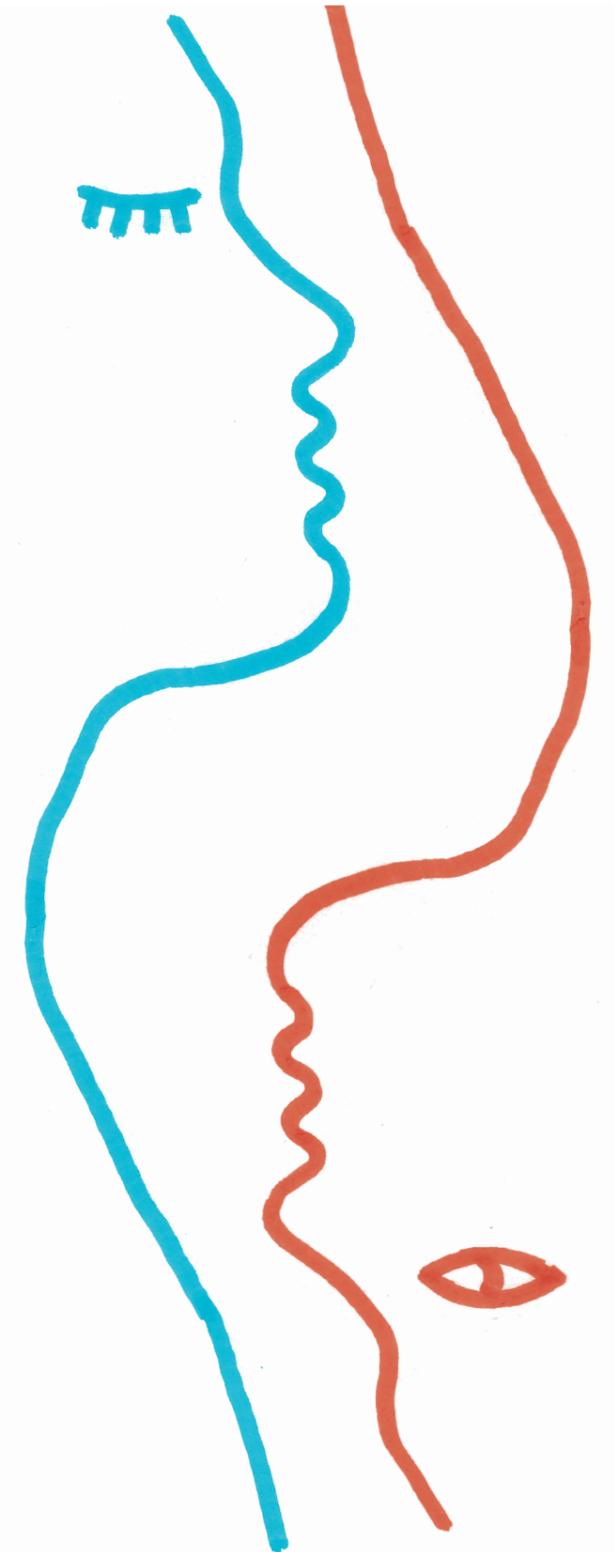
MONSIEUR S.

Un homme originaire du Sénégal, 55 ans, avec un gros terrain vasculaire métabolique. Marié, bisexuel, me le disant assez franchement dès la première consultation. Pour ses problèmes d'érection, il s'automédique depuis dix ans avec des produits qu'il trouve sur le Net. Il y a donc plein de chantiers à mettre en place sur sa sexualité, sa bisexualité, ce qui est de l'ordre du risque, ce qui ne l'est pas en termes d'IST. Il y a aussi beaucoup de psychologie à réaliser, sur l'observance du traitement antirétroviral qui était médiocre, l'éducation thérapeutique à refaire, les facteurs de risque cardiovasculaires, leurs conséquences sous forme de dysfonctions érectiles, de trouble du désir... On passe aux injections intra-caverneuses pour sa dysfonction érectile et au cours du suivi, il éclate en sanglots

en évoquant les abus sexuels qu'il a subis durant plusieurs années dans son pays d'origine. Le lien thérapeutique est créé, on poursuit le travail ensemble et ça fait partie, pour moi, des beaux cadeaux de la sexologie : on est à la croisée de tellement de choses qu'on a l'impression qu'on s'apporte énormément mutuellement.

MADAME P.

Une femme séronégative de 52 ans, venue me voir parce que son compagnon vit avec le VIH depuis douze ans et refuse de prendre son traitement antirétroviral depuis son dernier séjour au bled. Il lui impose les rapports sexuels sans préservatif, je comprends à demi-mots que ce sont des rapports non consentis, et elle est très angoissée à l'idée d'« attraper » le VIH à son tour. Elle a finalement été mise sous PrEP en schéma continu, sans en parler à son mari, et elle est très satisfaite de sa prise en charge.



3

LES ENSEIGNEMENTS APRÈS CINQ ANS DE PRATIQUE

PATRICK PAPAIZIAN - SEXOLOGUE

ACCÈS AUX SOINS

« L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ SEXUELLE DOIT ABSOLUMENT ÊTRE INTÉGRÉ DANS LES LIEUX DE SOINS. LES PATIENTS NE CHANGENT PAS D'HÔPITAL, TOUT PARTICULIÈREMENT LES MIGRANTS. IL FAUT VRAIMENT QUE CE SOIT AU SEIN DU SERVICE ET DANS UN BOX NON IDENTIFIÉ. L'ACCÈS DOIT ÊTRE SIMPLE, SOUPLE, NON STIGMATISANT. »

FORMATION

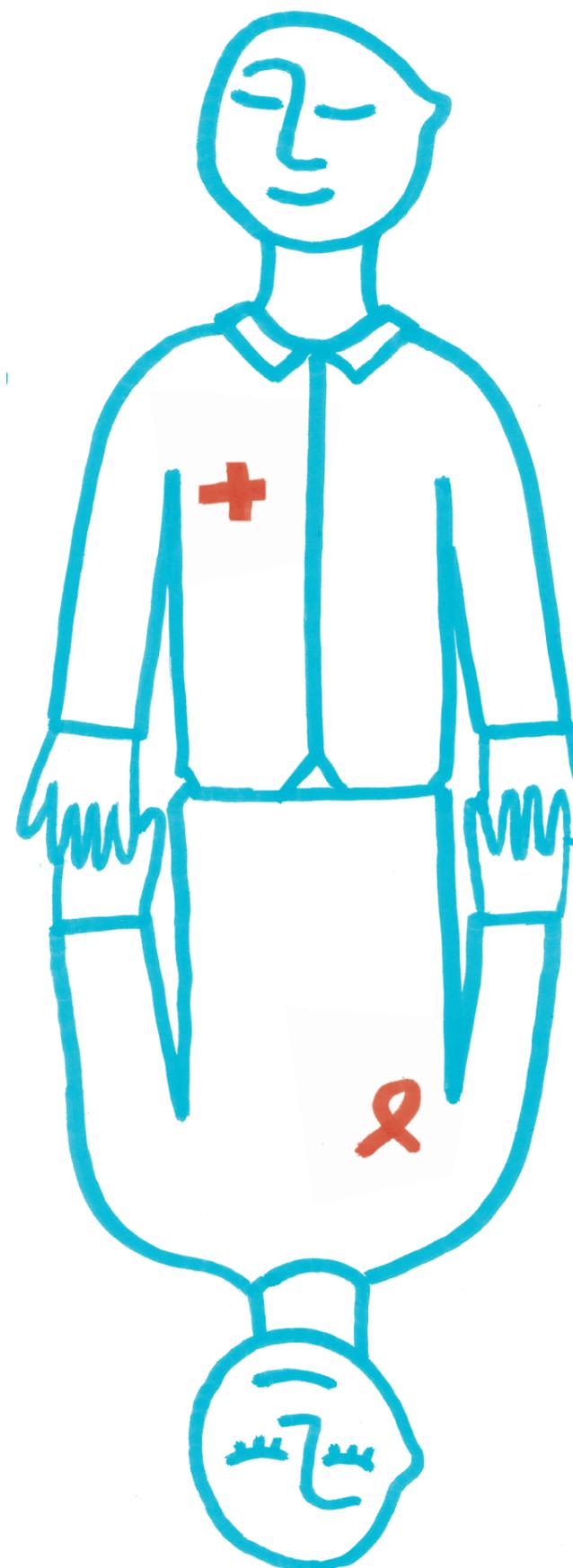
« COMMENT SE FORMER À TOUTE CETTE DIVERSITÉ CULTURELLE, À TOUTE CETTE DIVERSITÉ DE SITUATIONS ? PAR NOS PATIENTS. ON APPREND À ÉCOUTER, À ASSUMER SES PROPRES QUESTIONS, SON INCOMPÉTENCE, SON OUVERTURE D'ESPRIT, ET LORSQU'ON NE COMPREND PAS, ON DEMANDE DE REFORMULER, ET SI ON NE COMPREND TOUJOURS PAS, DE RE-REFORMULER... »

CORPS-ESPRIT

« IL Y A PAR AILLEURS DE GROS ATOUTS CHEZ LES PERSONNES MIGRANTES, EN PARTICULIER LA VISION HOLISTIQUE DE LA SÉDUCTION. CE CÔTÉ CORPS-ESPRIT QUE J'AI BEAUCOUP PLUS DE MAL À FAIRE COMPRENDRE AUX PERSONNES ORIGINAIRES DE NOTRE SOL... LA VOLONTÉ DE FAIRE DES EFFORTS, QUE TOUT NE VIENT PAS D'UN MÉDICAMENT. CE SONT MES PATIENTS LES PLUS OBSERVANTS SUR LES CONSEILS, BEAUCOUP PLUS QUE LES NON-MIGRANTS. »

TRAVAIL D'ÉQUIPE

« ENFIN, LE RESPECT DES SOIGNANTS EST QUELQUE CHOSE QUE JE TROUVE ÉGALEMENT TRÈS FORT, ET QUE JE RENCONTRE BEAUCOUP MOINS CHEZ LES NON-MIGRANTS. ON TRAVAILLE VRAIMENT EN ÉQUIPE ET DU COUP, ÇA FAIT DU BON BOULOT. UNE RECONNAISSANCE ET UN ÉCHANGE QUE JE N'AI PAS TOUJOURS AVEC LES NON-MIGRANTS, IL FAUT SAVOIR REMERCIER, ET JE VOUS DIS MERCI ! »



V

COMMENT METTRE EN PLACE LA PRÉP EN DIRECTION DES MIGRANTS RETOURS D'EXPÉRIENCES

TABLE RONDE

JEAN-CHRISTOPHE COMBOROURE

CHEF DU BUREAU DES INFECTIONS PAR LE VIH, LES IST, LES HÉPATITES ET LA TUBERCULOSE,
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ.

HUGUES CORDEL

SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES, HÔPITAL AVICENNE (BOBIGNY).

JEAN-GEORGES AMBOMBA

RESPONSABLE D'UNE COMMUNAUTÉ CAMEROUNAISE.

ROMAIN MBIRIBINDI

DIRECTEUR D'AFRIQUE AVENIR.

PAULINE PENOT

SERVICE DE MÉDECINE INTERNE, MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES ET CEGIDD,
HÔPITAL ANDRÉ-GRÉGOIRE (MONTREUIL).

MODÉRATRICE

FRANCE LERT, ÉPIDÉMIOLOGISTE.

I

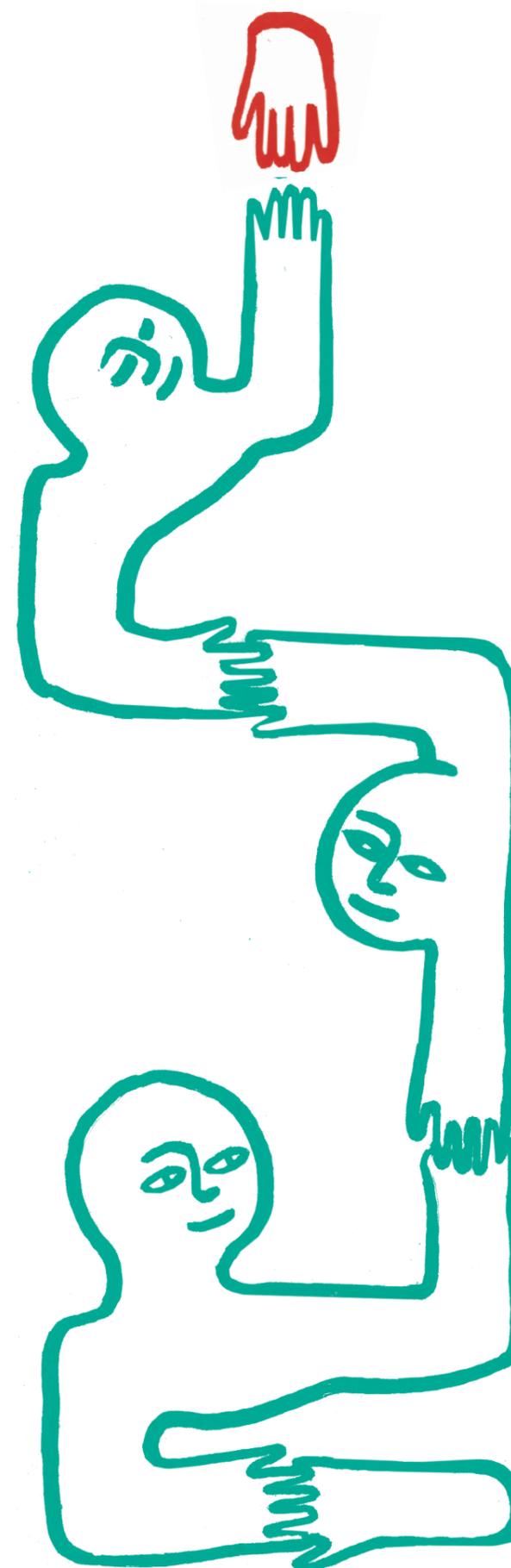
LA PRÉP DÉFINITION

La prophylaxie pré-exposition ou PrEP est l'association de deux molécules qui prévient la transmission du VIH. Elle peut être prise par les populations les plus exposées. Deux schémas de prise fonctionnent pour les hommes : en continu ou « à la demande », quand la personne anticipe qu'elle va avoir des rapports sexuels, elle prend le médicament quelques heures avant, le lendemain et le surlendemain, selon une prescription faite par un médecin. Pour les femmes, la prescription doit être faite en continu car les données sont moins bien établies pour le schéma à la demande. Ainsi, on a d'un côté le traitement comme prévention (une personne qui prend son traitement de façon efficace, dont la charge virale est indétectable, ne transmet pas le virus) et de l'autre, une alternative au préservatif que constitue ce traitement prophylactique prescrit par un médecin (infectiologue à l'hôpital ou dans les CeGIDD). Un traitement remboursé à 100 % par l'Assurance maladie, qui devrait être accessible à tout le monde.

JEAN-CHRISTOPHE COMBOROURE

« IL Y A UN NOMBRE CROISSANT
DE PERSONNES SOUS PRÉP,
MAIS CE N'EST PAS SUFFISANT
POUR AVOIR UN IMPACT SUR L'ÉPIDÉMIE
DE VIH, ENCORE MOINS CHEZ
LES MIGRANTS, PUISQUE 98 %
DES PRESCRIPTIONS CONCERNENT
DES HSH. »

QU'EST-CE QUI FREINE ?
QUE FAUDRAIT-IL FAIRE ? EST-CE
UNE QUESTION D'ORGANISATION ?
DE MOYENS ? L'APPROCHE DOIT ÊTRE
GLOBALE, NOUS SOMMES
À UN CARREFOUR POUR FAIRE PLUS
CAR NOUS DEVONS FAIRE PLUS. »



MODÉRATRICE ET INTERVENANTS

MODÉRATRICE

FRANCE LERT - ÉPIDÉMIOLOGISTE

INTERVENANTS

JEAN-CHRISTOPHE COMBOROURE - CHEF DU BUREAU
DES INFECTIONS PAR LE VIH, LES IST, LES HÉPATITES
ET LA TUBERCULOSE, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

HUGUES CORDEL - SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES
ET TROPICALES, HÔPITAL AVICENNE À BOBIGNY

JEAN-GEORGES AMBOMBA - RESPONSABLE
D'UNE COMMUNAUTÉ CAMEROUNAISE

ROMAIN MBIRIBINDI - DIRECTEUR D'AFRIQUE AVENIR

PAULINE PENOT - SERVICE DE MÉDECINE INTERNE,
MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES ET CEGIDD,
HÔPITAL ANDRÉ-GRÉGOIRE À MONTREUIL

« LES MIGRANTS NE DEMANDENT PAS LA PREP »

PAULINE PENOT

Je viens d'un hôpital (Saint-Louis) où on a fait la PrEP très tôt et j'étais habituée à un public très homogène, tous homosexuels masculins exclusifs, hyper intégrés socialement et dont la vulnérabilité sexuelle était exclusive. Les gens venaient donc pour une demande de PrEP très précise et une vulnérabilité très circonscrite.

Quand je suis arrivée à Montreuil, les choses se sont passées très différemment. D'abord, il n'y avait presque pas de PrEP à cette époque, et il y avait très peu de demande. Les migrants ne demandent pas la PrEP. Peut-être parce qu'ils ne la connaissent pas, c'est probable, mais aussi parce que dans la hiérarchie des priorités, se protéger vis-à-vis d'un risque hypothétique n'arrive pas en haut de la pyramide. Je trouve presque non éthique de proposer la PrEP seule à ces gens, car ça ne correspond vraiment pas à leurs besoins et c'est très difficile de leur proposer quelque chose qui vient pallier une vulnérabilité qui n'est que la conséquence des fragilités auxquelles ils sont exposés du fait de la violence des politiques d'accueil de notre pays. **La question centrale, c'est l'accès aux droits fondamentaux. L'important, ce n'est pas de protéger par la PrEP, c'est de protéger en prenant en considération l'ensemble des vulnérabilités des individus.**

DES CONSULTATIONS QUI PRENNENT BEAUCOUP DE TEMPS

À Montreuil, j'ai mis une cinquantaine de patients sous PrEP : 6 femmes, enfin, 7 depuis ce matin (la première qui ne soit pas une migrante), 34 personnes nées en France métropolitaine, 10 migrants d'Afrique subsaharienne, 11 personnes dans des situations de sexualité transactionnelle, 2 transgenres. Une file active beaucoup plus diversifiée que ce que j'avais connu à Saint-Louis. L'unité de prise en charge des femmes victimes

de mutilations sexuelles m'appelle un soir, à 18h30, pour une femme qui demande un traitement post-exposition ^{TPE} parce qu'elle a eu un rapport sans préservatif avec un client. Elle vient me voir au CeGIDD, la rupture de préservatif date en fait de 72 heures, trop tard pour le TPE. C'est une très jolie femme malienne de 35 ans, excisée jusqu'à l'os et qui me dit en pleurant : « Qu'est-ce que je peux faire de plus qu'avoir des préservatifs et avoir des préservatifs ? Je vais avoir le VIH et mes enfants sont au Mali, je ne peux pas tout payer... » Elle a fui un lévirat, le mariage au Mali avec le frère de son mari défunt, mari défunt qu'elle n'avait pas choisi et qui l'avait battue toute sa vie, avec qui elle avait eu des enfants dont elle était seule à s'occuper. Suite aux violences de sa famille quand elle a refusé le lévirat, elle a placé ses deux jeunes enfants chez des connaissances à Bamako. Elle a pris la fuite (un parcours ultra-violent sur lequel je ne reviendrai pas.) et une fois arrivée à Paris où elle ne connaissait personne, sans ressources et en situation irrégulière, les gens de Bamako lui ont dit que pour que ses enfants soient scolarisés, il fallait qu'elle envoie de l'argent. Elle a alors commencé à se prostituer, et elle a reçu plusieurs TPE parce qu'elle a eu plusieurs ruptures de préservatif. Je l'ai mise sous PrEP et on a fait beaucoup d'autres choses : vaccins, prise en charge psychologique, relais associatif, coordination avec l'unité de réparation clitoridienne, contraception. À la fin de la première consultation PrEP, elle m'a parlé d'une amie qu'elle aimerait bien m'envoyer. Donc, je vois l'amie, qui a fui, ses deux enfants sous le bras, un mari très violent de nationalité européenne, qui s'est mis à la violer et l'a séquestrée quand elle l'a rejoint en Italie. Arrivée à Paris, faute de ressources, elle s'est prostituée, avec un seul homme. Elle a entendu parler de la PrEP par la première patiente que je suivais et elle trouve que c'est très bien, mais le bilan que je lui ai prescrit ce jour-là révèle

qu'elle est enceinte de douze semaines. Branlebas de combat, IVG, etc. La première consultation PrEP, je l'ai passée au téléphone avec la mairie de la ville dans laquelle elle vit pour expliquer qu'il fallait scolariser son petit garçon même si l'extrait d'acte de naissance avait plus de trois mois, parce que ça allait être compliqué d'avoir un extrait d'acte de naissance de Côte d'Ivoire de moins de trois mois et l'autorisation du père pour qu'il soit scolarisé.

Tout ça pour dire que ce sont des consultations qui prennent du temps, et que la prescription de la PrEP est une toute petite partie du problème. Une dotation de l'ARS nous permet de donner le Truvada® avant même d'avoir l'Aide médicale d'État, mais s'il n'y a pas d'offre pluridisciplinaire et si on n'intègre pas les dimensions sociales et la prise en charge de psychotraumatismes...

PAULINE PENOT

« JE NE VAIS PAS PRENDRE UN COMPRIMÉ TOUS LES JOURS POUR UNE MALADIE QUE JE N'AI PAS »

J'ai aussi beaucoup de patientes anglophones, des prostituées nigérianes qui ont des ruptures de préservatifs et qui viennent dans le cadre de dépistages. Au bout de trois à cinq consultations, on peut commencer à parler de la PrEP, et les réponses sont souvent : « Je ne vais pas prendre un comprimé tous les jours pour une maladie que je n'ai pas ». Je fais un parallèle avec la contraception parce que ces femmes n'ont jamais de contraception, jamais. Et quand on la leur propose, c'est compliqué, il y a des représentations très négatives. Un comprimé chaque jour dans leur corps, c'est quelque chose qu'elles ont vraiment beaucoup de mal à accepter.

Je voudrais partager deux petites réflexions. Premièrement, les violences qui sont subies, notamment sur le parcours migratoire, déstructurent beaucoup la vie sexuelle ultérieure, et les hommes (qui sous-déclarent probablement les violences sexuelles durant leur migration) ont aussi une vie sexuelle où ils prennent énormément de risques, y compris dans une sexualité qui n'est pas transactionnelle. Comme s'il y avait quelque chose dans leur tissu psychique qui explosait.

Deuxièmement, je me demande si le « tout gratuit » qui nous est imposé depuis peu est vraiment éthique. Donner de la PrEP gratuite dans les CeGIDD pour qu'il n'y ait pas de discriminations me pose question. Ne vaudrait-il pas mieux mettre les moyens ailleurs, dans des consultations multidisciplinaires, du temps de médiation, du temps pour avoir une psychologue traumatologue, une psychologue sexologue, pour pouvoir faire des consultations plus longues, avoir plus de temps infirmier ?

PAULINE PENOT

« POUR REVENIR AUX HOMMES, JE VOULAIS RACONTER L'HISTOIRE D'UN BEL ÉCHEC CLINIQUE. J'AI VU UN PATIENT EN CEGIDD, UN CONGOLAIS QUI VIVAIT EN FRANCE, BIEN MARIÉ, AVEC UN CERBÈRE M'A-T-IL DIT, QUI L'EMPÊCHAIT D'AVOIR TOUTE LIBERTÉ SEXUELLE. SAUF QU'UNE FOIS PAR AN, IL ALLAIT AU CONGO SANS SA FEMME ET LÀ, C'ÉTAIT LA FÊTE DU SLIP, IL AVAIT PLEIN DE PARTENAIRES. J'AVAIS SIX JOURS POUR LE METTRE SOUS PRÉP LE TEMPS DE SON VOYAGE AU CONGO, JE LUI AI FAIT TOUT DE SUITE LE BILAN, JE L'AI AJOUTÉ À UNE CONSULTATION DÉJÀ PLEINE, J'AI FAIT LE COUNSELLING AVEC AIDES, ET JE L'AI MIS SOUS MALARONE®. »

QUAND IL REVIENT, JE LUI DEMANDE SI ÇA S'EST BIEN PASSÉ. LE TRAITEMENT ANTI PALUDÉEN ? IL L'AVAIT PRIS PARFAITEMENT. ET LA PRÉP ?
« BEN, JE L'AI PRIS TOUS LES JOURS LÀ-BAS, PARCE QUE J'AI EU UNE ACTIVITÉ SEXUELLE ORGIAQUE... »
« VOUS AVEZ MIS DES PRÉSERVATIFS ? »
« JAMAIS » « AH BON, POURQUOI ? »
« MAIS PARCE QUE J'AVAIS TOUTE CONFIANCE EN VOUS, DOCTEUR, ET EN VOTRE TRAITEMENT ! »
TOUT ÇA POUR DIRE QUE NOUS NE SOMMES PARFOIS PAS TRÈS BONS, QUE L'ON CROIT TRÈS BIEN FAIRE ET ON NE FAIT PAS SI BIEN QUE ÇA. ON APPREND DE NOS PATIENTS. »

« LES PERDUES DE VUE RESTENT ASSEZ IMPORTANTES »

HUGUES CORDEL

Nous avons ouvert notre consultation PrEP en visant particulièrement les migrants. On a fait des affiches, envoyé des mails et vu les associations. Progressivement des groupes de discussion-réflexion se sont créés. Mais on a eu peu de personnes. J'ai vu quelques prostituées nigérianes tout au début, mais elles ne sont pas revenues. Les perdues de vue restent assez importantes et on partage exactement la même constatation : la PrEP est une chose mais elles ont effectivement d'autres soucis. Contrairement aux hommes, c'est un traitement long, et il faut théoriquement attendre au moins sept jours pour que ce soit efficace ; on voit que c'est différent.

Donc ça prend du temps, ces consultations, les obstacles, le fait de prendre un traitement assez long, le coût aussi. On a à un moment parlé de l'obstacle hospitalier, mais si c'est peut-être un obstacle pour trouver la consultation PrEP, pour nous faire connaître, je ne pense pas que ce soit un obstacle pour y revenir.

« OÙ TROUVER L'INFORMATION ? »

JEAN-GEORGES AMBOMBA

En partant ce soir, je serai moins idiot, j'aurai appris beaucoup de choses et notamment l'existence de la PrEP, qui est, à mon sens, quelque chose de très important. Je constate aussi qu'on se focalise sur une population bien spécifique qui est plutôt en souffrance, dans le besoin, mais en tant que responsable d'association, j'ai plusieurs types de population, notamment ceux qui sont un peu plus matures et qui pourront par eux-mêmes trouver les moyens de faire face à ce genre de maladie. Pour d'autres, la première préoccupation est la survie ; la PrEP et tout ce qui est prévention n'est donc pas forcément une priorité.

Il faut distinguer le migrant installé depuis un certain temps, qui va trouver les voies et moyens de faire face, et celui qui vient d'arriver et qui a un traumatisme qu'il garde pour lui. La grande difficulté est alors d'avoir accès à ce secret. Cela étant dit, une fois qu'on a ce secret, qu'est-ce qu'on peut faire ? Car on n'a pas forcément tous les atouts. Je découvre par exemple l'existence de la PrEP aujourd'hui... On pourrait apporter beaucoup plus, du support, on pourrait être des aiguillons, pousser à éviter tous les drames.

3 CHOSES QUAND ON EST DANS UNE ASSOCIATION

FACILITER LA VIE DE VOS CONGÉNÈRES dans le pays où vous êtes.

Pouvoir faire face à toute difficulté, la **SOLIDARITÉ** sur tout ce qui est de l'ordre de la santé, du mariage ou d'un autre événement.

PRENDRE PAR LA MAIN ceux qui arrivent et les accompagner. C'est là qu'on a besoin de connaissances : quelle est la solution qui permettrait à chaque responsable d'association de savoir où chercher et trouver l'information ?

« METTRE CES OUTILS À DISPOSITION DES AFRICAINS »

ROMAIN MBIRIBINDI

Aujourd'hui, si j'ai une personne dans cette situation, je ne sais pas par où commencer. Nous sommes vraiment démunis, on n'a pas d'information.

Il serait aussi intéressant de penser à la prévention en amont, car la plupart du temps, le vrai risque se situe dans les pays d'origine des migrants. Travailler en amont serait vraiment une valeur ajoutée.

Afrique Avenir s'est dit qu'il fallait mettre tous ces nouveaux outils à la disposition de ce public africain. À l'époque, il n'y avait pas d'outil de sensibilisation, et on a pensé qu'il fallait déjà connaître cet outil et mobiliser les acteurs associatifs pour en faire profiter nos populations. Nous avons bénéficié de l'expérience du Crips pour produire un premier dépliant qu'on a diffusé sur tout le territoire national, pour dire à cette communauté que la PrEP existe, comme le préservatif, comme le dépistage. On a également identifié quelques adresses de services qui pouvaient accueillir ce public, une dizaine de services en Île-de-France jusqu'à maintenant. Nous avons cette liste, on sait maintenant où adresser les personnes.

Il n'y a pas longtemps qu'on oriente le public sur ces consultations, car il a fallu intégrer la démarche dans notre activité quotidienne. Pour le moment, elle a été intégrée dans notre activité TROD VIH avec deux indications : des personnes qui nous racontaient qu'elles n'avaient jamais utilisé le préservatif lors de relations multipartenaires, et on commence à demander aux femmes si elles ont des relations sexuelles non consenties et si elles utilisent des préservatifs. Dans le cas contraire, on insiste. On donne beaucoup d'informations sur le préservatif. On publie régulièrement un calendrier pour sensibiliser ce public sur différentes thématiques concernant le VIH, avec cette année les résultats de l'enquête Parcours et la prévention combinée. Depuis le début de l'année, on a envoyé 36 personnes dans ces consultations PrEP.

DISCUSSION

QUELLE PERCEPTION DE LA PrEP ?

Quelle perception les personnes africaines qui ne sont pas porteuses du virus pourraient-elles avoir de ce traitement ? Est-ce que ça pourrait être un obstacle à la PrEP ?

ROMAIN MBIRIBINDI Quand on organise des actions de dépistage, on dit que maintenant, les médicaments sont bien tolérés et que les gens sont bien suivis. Ce n'est plus comme quand on mourait du VIH et que certains profitaient de cet environnement pour essayer d'escroquer les gens. Beaucoup de personnes sont soignées ici mais suivent cette démarche auprès du marabout. On n'oppose pas les deux, ceux qui veulent prendre les bénédictions des marabouts, qu'ils les prennent !

PAULINE PENOT Les migrants ne prennent pas moins bien leur traitement et on a tous nos marabouts, nos médecins homéopathes, nos régimes sans gluten... Il ne faut pas dire que les marabouts font que les Africains ne prennent pas leur traitement ou la PrEP, ce n'est pas ce que disent les études et ce n'est pas ce qu'on vit, nous.

LA GRATUITÉ DU TRAITEMENT

PAULINE PENOT Ce qu'on nous demande, c'est de faire de la PrEP gratuite pour tout le monde.

UNE PARTICIPANTE On peut afficher un accueil inconditionnel et gratuit et ensuite, récupérer les droits sécu de ceux qui l'ont.

JEAN-CHRISTOPHE COMBOROURE Vous posez la question de pourquoi, pour un assuré qui a une carte Vitale et une carte de mutuelle, n'est-ce pas facturé à l'Assurance maladie et pourquoi ça passe par le budget du CeGIDD alors qu'on pourrait avoir plus de temps d'interprétariat, plus de temps de consultations ? J'entends que cela ne correspond pas à une pratique où vous avez

besoin de plus de temps et où, plutôt que d'utiliser les 159 euros du budget médicament générique, il vaudrait mieux s'en servir pour faire de la consultation ou de la médiation. J'entends votre demande, mais ce n'est pas le cadre actuel.

PAULINE PENOT Soit il faut être beaucoup plus ambitieux et nous donner plus de moyens, et je ne vois alors aucun inconvénient à ce qu'on délivre le Truvada® générique à la pharmacie de l'hôpital, soit vous (autorités de santé) nous contraignez avec des budgets très bas : 60 patients sous PrEP, 82 000 ; on fait le calcul très vite, ça ne couvre pas ce qu'on fait actuellement. Si vous voulez diversifier l'accès à la PrEP, les moyens doivent être mis en priorité sur une prise en charge multidisciplinaire, pas sur la gratuité systématique du Truvada®.

FRÉDÉRIC GOYET Ce qu'on a décidé de faire en Île-de-France, c'est d'avoir comme exigence extrêmement forte que personne ne se voie refuser l'accès à la PrEP pour des raisons financières. La différence entre s'adresser à un CeGIDD ou à une consultation hospitalière, c'est le fait d'avoir ou non une carte Vitale. Puisque c'est remboursé d'un côté, ce serait dommage de ne pas utiliser cet argent. Quant aux moyens à mettre en place à côté (du temps médical, du temps d'accueil... de la biologie), il va être urgent d'observer ce qu'on fait et de documenter ce qui se passe. Il faut observer et c'est là-dessus qu'il va falloir être actif.

INFORMER AVANT TOUT

JEAN-GEORGES AMBOMBA

« IL FAUT INFORMER, IL FAUT ÉDUQUER, IL FAUT SE BATTRE CONTRE LES IDÉES ARRÊTÉES, IL FAUT ABSOLUMENT CASSER CETTE MÉCANIQUE, ET C'EST TOUT L'ENJEU AUJOURD'HUI. »

JULIE BOTTERO

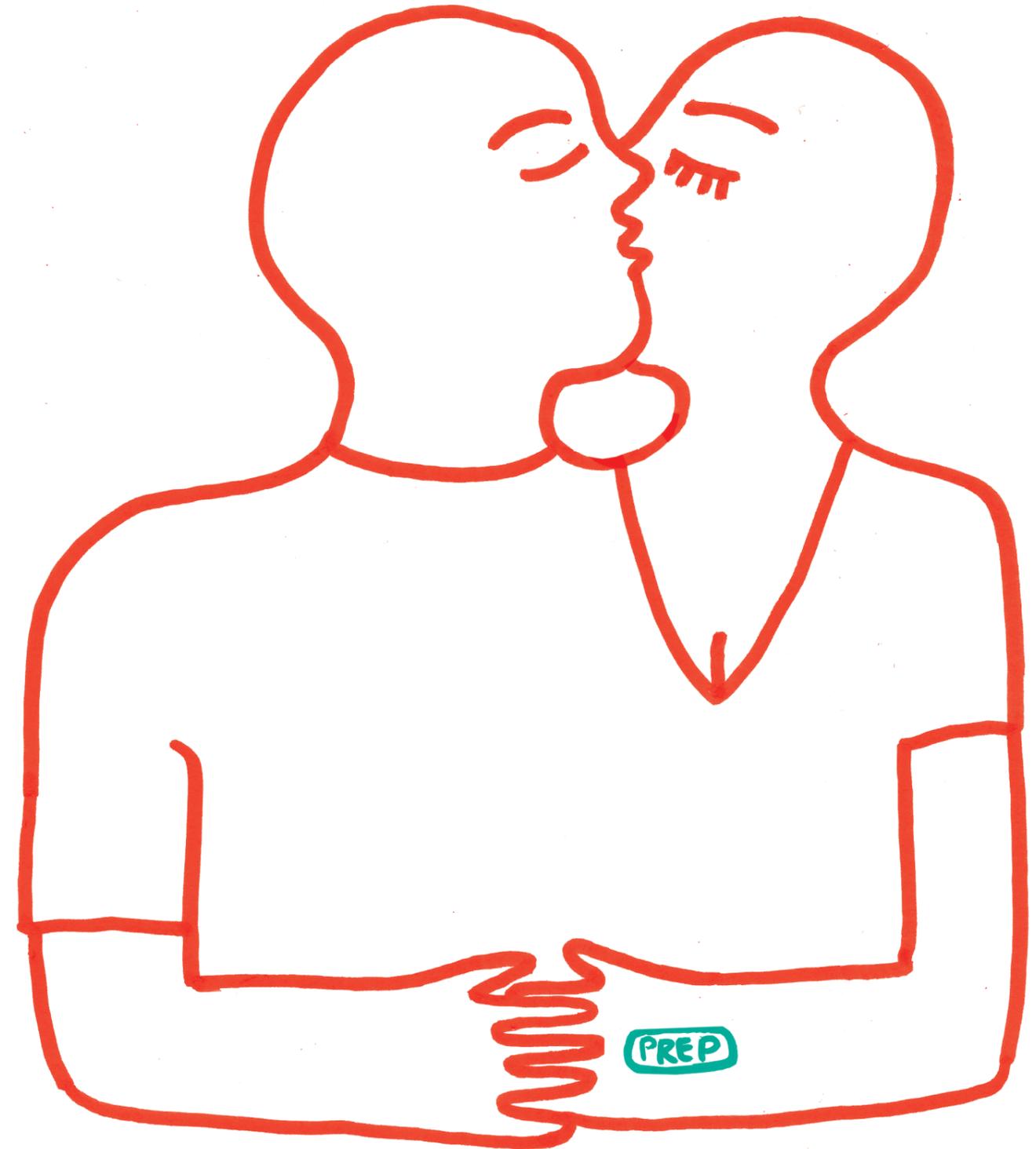
« IL FAUT CE TRAVAIL D'INFORMATION ET TANT QU'ON NE L'AURA PAS FAIT, ON N'AURA PAS LE DROIT DE SE DEMANDER, DANS CERTAINS CONGRÈS, SI ON A TOUT FAIT POUR ALLER VERS LES FEMMES ! »

SECRÉTAIRE D'UNE CONSULTATION PRÉP À L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

« IL Y A DE SUPER CAMPAGNES, DE SUPER AFFICHES, MAIS QUI NE S'ADRESSENT ABSOLUMENT JAMAIS AUX HÉTÉROSEXUELS. ALORS, COMMENT VOULEZ-VOUS QU'ON PUISSE ATTEINDRE UNE POPULATION MIGRANTE QUI EST EXPOSÉE ? AUJOURD'HUI, LES HÉTÉROSEXUELS DE PLUS DE 50 ANS DITS « LOCAUX » SONT DE PLUS EN PLUS SÉROPOSITIFS, ET C'EST QUAND MÊME INCROYABLE QU'ON FASSE BEAUCOUP DE PUB POUR LA PRÉP SUR CERTAINES COMMUNAUTÉS. »

FRANCE LERT

« EN FRANCE, 85 À 90 % DE L'ÉPIDÉMIE TOUCHE LES HOMOSEXUELS ET LES MIGRANTS. ON NE PEUT PAS SE PERMETTRE DE DISPERSER TOUS LES EFFORTS SUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION. IL VA Y AVOIR CETTE ANNÉE UNE CAMPAGNE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE SUR LE DÉPISTAGE ET À PARIS, NOUS AVONS FAIT UNE CAMPAGNE SUR LES POPULATIONS CLÉS. ON CONTINUE ACTUELLEMENT UNE CAMPAGNE SUR AFRICA N°1 QUI PASSE EN REVUE TOUS LES MOYENS DISPONIBLES. »



QUELLES RECOMMANDATIONS ?

PAULINE PENOT Quand des prostituées viennent trois fois dans l'année pour des ruptures de préservatif, on essaye de leur dire que la PrEP peut faire que ce soit moins horrible que d'aller à 3 h du matin dans un service d'urgences où on va leur demander d'expliquer leur vie sexuelle à la borne d'accueil – dans une langue qu'elles ne parlent pas – puis de revenir le lendemain faire une prise de sang, puis le surlendemain dans un service de maladies infectieuses ou dans un CeGIDD qui va être plein... Et finalement pour ne pas bien prendre le traitement qui dure 28 jours. Pour ces populations, la PrEP vient plutôt s'inscrire comme ça, comme un outil, au sein d'une prise en charge beaucoup plus large de leurs besoins.

WILLY ROZENBAUM Pour contourner nos difficultés, il faut bien les identifier pour trouver des solutions. Effectivement, la prévention, d'une manière générale, n'est pas la priorité pour la majorité des patients migrants, il faut l'avoir en tête. L'information, c'est très important, mais ne pensons pas qu'elle ait circulé, même dans la population gay. Tous ne sont pas informés, loin de là. Il y a deux choses que nous n'avons pas évoquées :

Sur les essais de PrEP dans les pays en développement, en particulier en Afrique, quel a été l'obstacle majeur, notamment chez les femmes ? Le fait de prendre un traitement contre le VIH, qui les assimilait au VIH. Les femmes n'étaient pas observantes car si elles prenaient un traitement contre le VIH, elles prenaient également le risque d'être réellement stigmatisées.

Ce qu'on oublie aussi, c'est que l'intérêt de la PrEP est non seulement de prendre le traitement, mais aussi de se faire dépister, puisqu'avant de la prendre, il faut se faire dépister. Je préfère parler de prévention diversifiée parce qu'elle débute toujours par un dépistage.

SIMPLIFIER LES PARCOURS

NICOLAS VIGNIER

« IL FAUT AUSSI PENSER À UNE SIMPLIFICATION DES PARCOURS POUR POUVOIR PROPOSER DES CONSULTATIONS DE MÉDECINE PRÉVENTIVE SUR UNE UNITÉ DE LIEU ET AVEC SIMPLICITÉ. LA PRÉP PEUT AUSSI S'INSCRIRE DANS UNE QUEUE DE PARCOURS SUR UNE OFFRE DE MÉDECINE PRÉVENTIVE QUI PEUT ÊTRE REPENSÉE ET QUI EST SOUVENT INEXISTANTE DU FAIT DU « SAUCISSONNEMENT » DE L'OFFRE, EN FRANCE. L'ÉVALUATION DE LA VULNÉRABILITÉ SEXUELLE PEUT TOUT À FAIT S'INSCRIRE DANS UNE OFFRE DE CE TYPE-LÀ, POUR PEU QU'ON AIT LES MOYENS DE VOIR LES PERSONNES PLUSIEURS FOIS ET DANS UNE RELATION DE CONFIANCE. LA PRÉP DEVIENDRA ALORS UNE ÉVIDENCE. JE NE SUIS PAS SÛR QUE LE SCHÉMA PRÉP D'EMBLÉE SOIT FORCÉMENT HYPER ADAPTÉ À NOTRE PUBLIC. »

CONCLUSION

LES POINTS SOULEVÉS PAR LA TABLE RONDE

FRANCE LERT

Une offre de soins qui ne peut se limiter à la PrEP, étant donné les parcours des personnes qui arrivent dans les CeGIDD, des consultations longues, des consultations pluridisciplinaires.

Un problème autour de la gratuité, compte tenu des enveloppes financières insuffisantes. Un besoin de faire connaître non pas la PrEP, mais le nouveau contexte de prise en charge du VIH, dans laquelle la PrEP a sa place, mais aussi le dépistage, le traitement, etc.

La disponibilité de la PrEP ne date même pas de deux ans, il faut encore se donner deux ou trois ans pour apprendre à mieux l'utiliser avec les personnes qui arrivent. Des publics migrants qui ne sont pas homogènes, qu'il ne faut pas réduire à un profil unique.

On a beaucoup à faire, mais de nombreuses choses sont déjà faites. Il faut aller sur le site de Santé publique France, regarder et mieux utiliser Sida Info Service, il faut continuer à se mobiliser.

« PARADOXE, REPRÉSENTATION, APPROCHE GLOBALE ET MÉDIATION »

OLIVIER BOUCHAUD

4 MOTS-CLÉS

PARADOXE de vivre dans un pays qui a une législation finalement plutôt très favorable à la prise en charge des migrants mais où il y a des tas d'obstacles aux droits et aux soins, alors qu'on a des outils qui devraient, en théorie, permettre que ces obstacles n'existent pas ou pratiquement pas.

On ne parle jamais assez de la **REPRÉSENTATION** qu'ont les soignants eux-mêmes de leurs patients, et c'est la raison pour laquelle je pense que les médecins dans les consultations n'abordent pas suffisamment le problème de la sexualité. Nous sommes bloqués par nos propres représentations.

APPROCHE GLOBALE La PrEP devrait être intégrée dans une approche beaucoup plus globale, car on n'a pas tout à fait défini dans ce périmètre particulier des migrants qui devrait en bénéficier. Mais il y a au moins une cible : les primo-arrivantes car ce sont elles qui sont les plus concernées, en tout cas les plus vulnérables, les plus à risque. Pourquoi ne pas proposer un bilan de santé à celles et ceux qui sont sans papiers ? La santé dans sa globalité, dans laquelle on intégrerait la santé sexuelle et la PrEP si besoin. Proposer la PrEP à des gens qui ont mille autres priorités, on n'y arrivera pas.

MÉDIATION On sent que les bailleurs de fonds gouvernementaux ont de plus en plus d'appétence pour financer les grosses associations car elles sont très visibles et très facilement contrôlables. Mais je ne pense pas que

les grosses associations pourront toucher les personnes que nous souhaitons toucher et je pense que ce sont, au contraire, les micro-associations qui peuvent le faire. Les seules qui parviennent à travailler dans les foyers, ce sont les micro-associations avec deux ou trois médiateurs qui arrivent à se faire intégrer dans le foyer.

UN MESSAGE AUX REPRÉSENTANTS DES ARS

Peut-être faudrait-il que vous reconsidériez vos choix et remettiez une enveloppe conséquente aux micro-associations, tant pis si la gestion financière n'est pas absolument parfaite, dès lors qu'il n'y a pas de détournement.

LIENS EXTERNES

LA MÉDIATION EN SANTÉ POUR LES PERSONNES ÉLOIGNÉES DES SYSTÈMES DE PRÉVENTION ET DE SOINS. RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES, FORMATION ET BONNES PRATIQUES

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PARCOURS

<https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/anrs-parcours-study-life-course-hiv-and-hepatitis-b-among-african-migrants-living-in-ile-de-france>

RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

<http://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>

GUIDE DE LA "MÉDIATION EN SANTÉ ET INTERPRÉTARIAT POUR FAVORISER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS"

https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2746253/fr/mediation-en-sante-et-interpretariat-pour-favoriser-l-acces-a-la-prevention-et-aux-soins-la-has-ouvre-une-consultation-publique

MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION

BÉNÉDICTE ASTIER - CRIPS

BERNARD BASSAMA - CHRÉTIENS ET SIDA

CONSTANCE BASSAMA - ALCOS

BLANDINE BOTALLA - COREVIH-IDF-EST

OLIVIER BOUCHAUD - HÔPITAL UNIVERSITAIRE AVICENNE

NATHALIE GOURMELON - COREVIH-IDF-EST

SANDRA JEAN-PIERRE - COMITÉ DES FAMILLES

CHRISTINE MOUCAZAMBO - COREVIH-IDF-EST

PAGONZINI BOUGHMA - HÔPITAL DE MELUN

PATRICIA SYLLA - ASSOCIATION MARIE-MADELEINE

BASTIEN VIBERT - CRIPS

NICOLAS VIGNIER - HÔPITAL DE MELUN

REMERCIEMENTS

Le Corevih Ile-de-France Est et le CRIPS tiennent à remercier les membres du comité d'organisation, les membres de la commission Migrants, les intervenants et les participants du colloque "Santé et vulnérabilités sexuelles chez les migrant.es." ainsi que la Mairie du 10e arrondissement de Paris

Responsable projet - COREVIH Ile-de-France Est et CRIPS

Création graphisme - Laurence Chéné

Juillet 2018 - Paris

COREVIH - 1 AVENUE CLAUDE VELLEFAUX, 75 475 PARIS CEDEX 10

TÉL 01 42 38 53 28