

Migrants contre le SIDA HIV

Volume 1 / Numéro 2 / Décembre 1995

Pays-Bas. Troisième rencontre européenne des minorités ethniques et des migrants face au sida Europe Forteresse ou Europe contre le sida?

LA DÉCISION de mettre en place un Forum politique des communautés immigrées pour représenter les minorités ethniques et les migrants au niveau européen pourrait à terme considérablement modifier l'échiquier politique de la lutte contre le sida en Europe. C'est chose faite depuis le 24 septembre 1995, lors de la clôture de la Troisième Rencontre Européenne sur le Sida des Minorités Ethniques et des Migrants à Drierbergen aux Pays-Bas. Les 75 participants venus de 18 pays sont repartis avec comme priorité la concrétisation de ce Forum dans leurs pays.

Depuis sa création en 1989, le groupe *Aids & Mobility*, à l'initiative de la rencontre, a fait des migrants la première de ses préoccupations (1). Entre sa première rencontre d'échange d'information sur les migrants et le sida (mai 1993) et celle de Drierbergen au Pays-Bas, il est «difficile de mesurer les résultats concrets», explique Rinske van Duifhuizen, coordinatrice du groupe. Mais le pari de la diffusion de l'information et de l'échange d'expérience a été «très largement réussi», permettant la prise de conscience du besoin d'un Forum capable de porter des revendications politiques communes au niveau européen.

Le thème de la rencontre, le développement des compétences (*skills building*), s'est traduit par une série d'ateliers d'échange sur des sujets tels que les droits humains, le safer sex, la toxicomanie, et les moyens d'intégrer ses questions dans un programme de lutte contre le sida.

Le Naz Project de Londres a mené deux ateliers, le premier intitulé *Talking about Sex* et le deuxième à propos des campagnes de collecte de fonds. L'équipe de NAZ a été depuis le début un moteur dans la construction d'un réseau immigré de lutte contre le

sida, et le groupe fait aujourd'hui figure de grand-frère parmi les associations. Avec son infrastructure épaissie par quatre ans de travail, le NAZ Project a pris en charge une partie de la logistique des deux dernières rencontres européennes.

Lire la suite page 2

France. Quelle mobilisation des communautés immigrées face au sida?

Sisyphes n'est pas un mythe

LA FRANCE fait partie du groupe de pays pour lesquels la prévention auprès des migrants n'est jamais devenue une priorité, estime Rinske van Duifhuizen, coordinatrice de *Aids & Mobility*. Elle est loin d'être la seule, parmi les participants à la rencontre de Drierbergen, à faire ce constat.

Par conséquent, contrairement aux quelques pays (voir notre article, p. 4) dotés de projets sur la base des droits à la santé et à l'information, la France risque de se «découvrir» une crise de santé publique (1). En attendant, le débat hexagonal pour savoir si il existe une spécificité française qui freine la prévention auprès des migrants est loin d'être tranché.

Où se situent les participants venus de France à la

rencontre de Drierbergen par rapport à ce débat? Pour au moins quatre des sept associations françaises (2) présentes à la Rencontre de Drierbergen, les groupes en France qui «travaillent en direction des migrants, notamment maghrébins» sont «peu nombreux» et «souffrent par ailleurs de l'absence de communication». Pour «rompre cet isolement», elles souhaiteraient «organiser une rencontre...» pour «partager [les] expériences». D'ailleurs, précisent-ils, eux-même ne s'étaient jamais rencontrés avant Drierbergen.

Certains sont convaincus que la question des migrants «va monter à la surface», et rajoutent avec un cynisme amer que «les questions ont été abordées dans l'ordre d'importance des groupes concernées», les immigrés en fin de file (3).

Tout le monde s'accorde pour insister que le véritable problème demeure qu'il existe «zéro interlocuteurs du côté des immigrés» en France, sans pour autant s'être posé la question des raisons de cette absence. Et de rappeler, comme le fait Toufik Abdalla du CRIPS, le «très peu de gens – immigrés ou pas – engagés dans la lutte contre le sida du côté des migrants».

Décloisonnement?

Lentement, la convergence parfois forcée se fait entre associations traditionnelles de lutte contre le sida (lié au mouvement des gays et lesbiennes), le travail social dans sa forme étatique ou associative, les grosses structures humanitaires (Médecins du Monde, Médecins Sans

Lire la suite page 3

Forteresse,

suite de la première page

L'équipe dynamique du NAZ est le produit de la professionnalisation du militantisme des *Black British*. NAZ s'est construit au carrefour des luttes et des expériences Blacks, Gay/Lesbienne, et contre le sida. Avec comme vocation de développer une agence «pour la santé sexuelle et le sida/HIV» de la communauté Asiatique, mais aussi des petites communautés Turques, arabes, et iraniennes.

NAZ est rapidement devenu une référence incontournable, un modèle d'organisation en Europe. Mais, comme le souligne un militant en France, «si tout le monde parle de NAZ, c'est aussi parce que c'est quasiment l'unique structure de ce type en Europe».

Ce constat, en fait, reflète les très larges disparités en terme d'organisation d'un pays à l'autre. Et pourrait à terme remettre en question

l'inscription du Forum dans une logique de *représentativité*. Jusqu'à présent, les contacts se sont faits le plus souvent au hasard des rencontres des membres du collectif d'organisation (2).

Car si la finalité se confine au lobbying des structures européennes ou même internationales, le Forum devra s'élargir considérablement. Ainsi, le débat reste ouvert quant à la viabilité d'une politique com-

mune – au-delà des revendications symboliques ou minimales – regroupant l'énorme diversité d'associations concernées.

(1) Le réseau s'occupe aussi du tourisme, des travailleurs sexuels, de la traite des femmes, etc. *Aids & Mobility*, A. van Ostadelaan 140, 3583 AM Utrecht, Pays Bas. Tél.: (+31) 30 543 888. Fax: (+31) 30 543 797.

(2) A titre d'exemple, l'absence de l'URMED, du Comède ou de toute association africaine (URACA, FISI, OPALS, etc.) de France met en évidence le besoin d'étoffer la toile du réseau, représentativité ou pas.

L'Europe des subventions

50 MILLIONS D'ÉCUS. C'est le montant proposé pour les prochains quatre ans de *L'Europe contre le sida* (1), programme amorcé en 1991. Le Dr Bernard Legoff, l'homme de Bruxelles chargé de la gestion du programme y a exposé à Driebergen les nouveautés.

L'Europe contre le sida ne mentionne nulle part explicitement les migrants (2). Cette absence ne signifie pas pour autant que les communautés immigrées seraient les laissés-pour-compte du programme. La Commission européenne a déjà subventionné des projets autonomes initiés par des associations immigrées.

Il s'agit plutôt, comme l'explique Kim Mulji du NAZ Project, d'une «absence de compréhension globale», dans les stratosphères bruxelloises, des besoins des communautés immigrées face au sida. Le flou artistique reste de mise quant au sérieux et à la durabilité de tout engagement communautaire.

«Trop souvent, les programmes des migrants sont les premiers à disparaître au moment des coupures de budget», rappelle Mulji.

D'autres conférenciers, aigris par les déclarations d'intention de toutes sortes, estiment qu'en fait Legoff n'aurait «rien dit» et «attendent les actes».

L'exigence de projets regroupant plusieurs pays membres de l'Union complique l'utilisation pourtant prometteuse du financement européen pour combler les carences au niveau national de la prévention pour les communautés immigrées (5).

En revanche, les derniers amendements visent à «renforcer» la lutte contre la discrimination, notamment par «l'analyse des situations discriminatoires», et cite le besoin d'actions «destinées à des groupes défavorisés».

L'Europe contre le sida doit «stimuler» la prévention du sida «par un soutien aux échanges, à l'identification et à la diffusion des meilleures pratiques, à la création de réseaux», par «l'élaboration de lignes directrices et d'aide financière à des programmes ou projets pilotes», et par «la collecte et l'analyse de données statistiques et indicateurs de santé» (3).

Les crédits demandés pour 1996 s'élèvent à 9,4 millions d'écus. Dont 1,2 millions pour les études épidémiologiques et la constitution de réseaux (0,2 mio en 1995), 0,5 millions d'écus pour «l'information et la sensibilisation du public et de certains groupes cibles» (0,5 mio en 1995), et 0,4 millions pour les «mesures destinées à combattre la discrimination» (0,4 mio en 1995).

L'élaboration de *L'Europe contre le sida* n'a pas été facile. Le rapport de Noël Mamère, qui en avait dessiné les grandes lignes, a suivi le chemin législatif jusqu'à son arrivée au Conseil des Ministres. «Le Conseil a tout chamboulé», déclare un collaborateur de Mamère. Les négociations, amendement par amendement, n'aboutiront probablement pas avant le 18 décembre.

Du côté du Parlement, il s'agira d'«améliorer le texte pour faciliter l'accès» au programme pour tous les acteurs de la lutte contre le sida, migrants inclus. La Commission avait déjà renforcé la vocation du programme à la «coopération avec les ONG», insistant sur le fait «qu'il est

absolument essentiel de prendre en compte les ONG dans ce contexte de travail social difficile». Mamère déplore tout de même «l'allusion par trop timide aux ONG et aux associations de malades et leur implication dans ce programme» (6).

Déjà au mois d'octobre, le parlementaire avait critiqué la «réticence [du Conseil] à accepter une action sui generi au niveau communautaire» de santé publique, avec comme résultat que seuls les «éléments les moins contraignants et les moins imaginatifs» sortent indemnes du parcours législatif.

«La timidité du Conseil sur les points les plus importants concernant la prévention contre le sida, notamment l'usage du préservatif. Le mot posant trop de "problèmes" politiques a été remplacé par une périphrase... Ne parlons pas d'échanges de seringues ou de produits de substitution... ni de la sécurité de la transfusion sanguine.»

Le nouveau programme entrera en vigueur le 1er janvier 1996.

(1) Il s'agit du programme d'action communautaire concernant la prévention du sida et de certaines autres maladies transmissibles dans le cadre de l'action dans le domaine de la santé publique.

(2) La programme européen de santé (1995-1999) définit dans un amendement parlementaire les migrants: «Soutien à des actions et des projets intégrés de promotion de la santé destinés plus particulièrement aux groupes dits «à risques» en raison de leur... diversités socio-culturelles (migrants)...» (Journal officiel des Communautés européennes, mercredi 15 mars, 1995. Santé (94/0130 (COD)), Résolution du Parlement (1ère lecture) (15.3.95-JO C 89du 10.4.95)).

(3) Détails on budget line B3-4303, section 4.1, *Objectif général de l'action*.

(4) Détails on budget line B3-4303, section 7.2, *Ventilation par éléments de l'action*.

(5) Détails on budget line B3-4303, section 9.2.c, Justification de l'action, cite explicitement comme critère de sélection pour des projets «l'examen de la "plus-value" communautaire du projet (participation transnationale, développement d'un modèle applicable dans d'autres Etats membres, informations utilisables dans d'autres Etats membres, etc...)».

(6) Amendement N° 0709, budget ligne B3-4303, *Combating AIDS and certain other transmissible diseases (C4-0300/95)*.

Sisyphé,

suite de la première page Frontières), et, surtout, les associations issues des luttes de l'immigration (Double Peine, quartiers et cités, toxicomanie, santé, etc.). Des alliances ont ainsi pu se forger sur des luttes spécifiques, comme celle contre l'expulsion des malades étrangers (4).

Mais alors que des «commissions immigration» voient le jour, certains craignent que les associations traditionnelles de lutte contre le sida, confrontées aux immigrés, décident tôt ou de larguer un tel fardeau. Quitte à expédier le dossier vers une association «communautaire» au nom du droit à la différence, avec peut-être un coup de pouce paternaliste au niveau de la formation en guise d'incitation au départ. Manœuvre permettant d'évacuer les questions gênantes de discrimination raciale et d'inégalité institutionnalisées au sein même des associations de lutte contre le sida.

Tombeau d'une idéologie

En France certains sont prêts à attiser les braises d'un débat dont la virulence avait marqué les années 80: Est-il nécessaire d'adapter – ou transformer – le modèle assimilationniste qui prône l'intégration individuelle au prix de la dissolution des communautés. Car les partisans de ce débat sont au minimum convaincus que le «modèle républicain» a freiné les efforts de prévention en France.

D'autres acteurs craignent que la levée de boucliers que suscitera ce débat constitue le moyen le plus efficace de «tout bloquer». «Il n'y a aucun intérêt à amalgamer le sida avec des questions indentaires», surtout que «rien ne nous empêche de faire un projet "identité" par le biais des actions de terrain» (5).

En tout cas, plus de dix ans après la Marche pour l'Égalité, le crépuscule du modèle jacobin met à nu son fond lourdement idéologique. La réalité sociale – la stratification raciale et sociale qui

confine les minorités ethniques aux périphéries de la société, l'aggravation de la ségrégation raciale, la constance des crimes racistes et sécuritaires, l'assaut juridique et policier pour remettre en question l'existence même de communautés installées depuis des décennies – révèle le très large gouffre entre le débat idéologique et la pré-sence de fait de «communautés d'existence» (6).

S'agit-il vraiment de déterminer le débat quant au mérite théorique d'un des multiples modèles de gestion des minorités ethniques dont se servent les États européens? Tout cela semble aller vite en besogne, car que savons-nous sur la situation réelle, en terme de droits aussi bien qu'en terme d'épidémiologie, des communautés immigrées en France? Doit-on considérer les migrants comme «groupes spécifiques» pour la transmission du VIH (7)?

Toufik Abdallah du Crips insiste sur l'absence de réflexion globale pour poser la question de l'existence d'une «spécificité migrants», au-delà des besoins linguistiques évidents. «Pour commencer, le terme migrant est bien trop vague pour être traduit en terme d'action».

S'agit-il des communautés installées depuis des décennies? Des travailleurs célibataires des foyers? Des réfugiés? De la génération de la Marche pour l'Égalité et de ses enfants?

«Une conférence ne suffira pas. Il faut mettre sur pied un groupe de réflexion (8), pour éditer un document communicable aux acteurs de terrain», insistant sur «ce qu'il faut faire, pas ce qu'il faut penser», car le fond du débat n'est pas «une question de financement, il s'agit de savoir ce que font et peuvent faire les immigrés eux-mêmes. La volonté politique suivra les actions».

Le Dr Brahim Miloudi, de l'association Espoir Goutte d'Or (EGO), déplore qu'en France «on ne parle même pas des problèmes spécifiques des immigrés», alors que le sida

faisait déjà partie du paysage à EGO en 1987. «C'est pire aujourd'hui».

Miloudi cite l'exemple du gouvernement allemand qui, lui, a reconnu aux associations immigrées leur droit de «contrôler les projets de lutte contre le sida qui les concernent».

Hantise de la stigmatisation

La stigmatisation crée un dilemme pour la lutte contre le sida: L'impact disproportionnelle de la maladie résultera-t-elle en un renouveau de la stigmatisation et des tentatives de coller la «faute» du sida à ses victimes? Ou, à *contrario*, s'agira-t-il d'une opportunité pour aborder de manière globale la catastrophe sociale de la rélégalisation sociale et économique de l'immigration, de pans entiers de la société française?

Miloudi est convaincu qu'«une étude épidémiologique sérieuse, en partenariat avec le Ministère de la santé, ne peut pas servir à stigmatiser». Mais, il explique, en France les statistiques sur les migrants et le sida restent «top secret»: «Le Ministère de la Santé refuse d'en parler».

Un refus qui l'a poussé à conclure qu'il s'agit d'un «alibi politique». «L'État n'a pas ce souci quand il s'agit des contrôles d'identités. Si on ne veut pas stigmatiser, il faut commencer par là».

L'origine ethnique serait sans rapport à la lutte contre le sida si elle n'avait pas de signification sociale en France, ou si tous, quelque soit leur origine, étaient traités de manière égalitaire. Malheureusement, ceci n'est pas l'histoire de France.

ethniques) ont clairement été frappées depuis le début de la pandémie: le premier cas rapporté de sida chez un homme Africain-Américain remonte à 1981. Dès août 1981, un cas sur neuf de sida chez les hommes homosexuels était un Africain-Américain. Aussi, le premier rapport sur les femmes et le sida d'avril 1982 citait le cas de cinq femmes: trois femmes Latines, une Blanche, et une Africaine-Américaine. Pourtant, il faudra attendre jusqu'à 1992 pour que la *National Commission on AIDS* publie un rapport majeur sur les défis du sida/VIH pour les *communities of color* (L. Humphrey et F. Porcher, *The Challenge of HIV/AIDS in communities of color*, National Commission on AIDS, Washington, D.C., 1992).

(4) L'immigration est marquée par de multiples lignes de fractures. Les associations maghrébines se sont retrouvées confrontées au sida soit par le travail militant anti-expulsion, soit par une action autour de la toxicomanie. Les associations d'Africains noirs travaillent le plus souvent en direction des pays d'origine. Nous traiterons de ces clivages et, surtout, des tentatives de travail multi-communautaire, dans nos prochains numéros.

(5) Ces contortions idéologiques ont parfois de quoi faire sourire, surtout lorsqu'elles se retrouvent mêlées à quelques polysyllabes foucauldiennes. En témoigne une intervention de Daniel Defert, fondateur de l'association AIDES, lors de la séance d'ouverture du Colloque d'ARCAT-sida, «Communiquer pour agir» (23.11.95). Defert insistait sur l'idée que le quartier gay de Castro des années 80 à San Francisco aurait constitué un «espace publique d'appartenance» (EPA) intégrationniste, contrairement au mouvement communautariste ou identitaires aujourd'hui où il s'agit de rupture ou de cassure. En gros: Les homos de San Francisco ont eu droit à des «EPA», les immigrés n'auront droit qu'au FIS? Nous traiterons en profondeur le désastre potentiel de ce type d'arrogance, qui revient à s'arroger le droit de légitimer – ou pas – certaines communautés d'existence, dans un prochain numéro.

(6) Le livre de A. Boubek et M.H. Abdallah, *Douce France: La saga du mouvement Beur* (IM média, Paris, 1993), et l'unique numéro de la revue *Quo Vadis* septembre 1993, restent plus que jamais d'actualité. Agence IM média, 26 rue des Maronites, 75020 Paris. Tél.: (+33 1) 46 36 01 45. Fax: (+33 1) 46 36 72 58.

(7) La 4^e rencontre du Crips en 1990 avait répondu «qu'aucune donnée épidémiologique ne permet aujourd'hui de mesurer l'importance du risque-sida dans cette population et de la désigner comme particulièrement atteinte», insistant sur l'hétérogénéité de la population. «On ne peut en aucun cas... du strict point de vue de la Santé Publique envisager de désigner les migrants comme un groupe spécifique, qui, par sa qualité même de migrant, présenterait un risque quant à la transmission du sida». (Lettre d'information du CRIPS n° 10, juillet 1990).

(8) Un groupe de travail avait pourtant été mis en place au CFES (Comité Français d'éducation pour la santé) en 1990, réunissant trente personnes de quinze structures différentes. À l'époque, un appel d'offres de l'AFLS avait suscité «un certain nombre» de projets de prévention en direction des migrants, et «une dizaine» était en cours de mise en place.

(1) Le programme de prévention en direction des migrants à Amsterdam existe depuis 1987. Le Projet Migrants en Suisse, depuis 1989.

(2) Il s'agit du CRIPS, de l'ALS-Lyon (Association de lutte contre le sida), d'ASUD, et d'Espoir Goutte d'Or (EGO).

(3) C'est évidemment une lecture qui fait peu du lourd tribut payé par ces communautés-là, les premières touchées en Amérique du Nord et en Europe. Et qui oublie aussi qu'on peut être à la fois homosexuel, toxicomane, et immigré. Aux États-Unis, les *communities of color* (minorités

Suisse. *Low profile* et *Early warning*

Les aventures de Don Juan Latex chez les Hélvètes

Sofi Ospina
Projet Migrants (Suisse)

LA MIGRATION latino-américaine en Suisse est récente. Dans les années 70 elle était composée surtout de réfugiés politiques et d'étudiants. Ce profil s'est modifié au milieu des années 80, avec une nouvelle émigration forcée par l'aggravation de la crise économique et sociale en Amérique Latine. Une partie de cette communauté se retrouvera donc sans papiers et forcée à la clandestinité. Les femmes sont bien présentes au sein de cette émigration.

Contrairement à d'autres communautés formées par une émigration ouvrière et installées de longue date en Suisse (Italiens, Espagnols, Portugais), les Latino-américains ne disposent pas de réseau associatif. Les quelques structures existantes centrent leurs activités vers le pays d'origine au détriment d'activités au sein de la société d'accueil. Sans base de mobilisation au niveau local, elles ne constituent pas un canal approprié pour les activités de prévention.

Où, alors, trouver un carrefour de rencontre avec cette communauté? La stratégie du Projets Migrants étant d'aller vers la population là où elle se trouve, trois lieux fut repérés dès le début. D'abord, les fêtes et les bals en tant qu'espace primordial de rencontres et de brassage de personnes issues de différents pays latino-américains et d'origines sociales diverses. Ensuite, les parcs publics où se retrouvent les femmes qui travaillent comme gardes d'enfants, une des rares activités accessibles aux femmes

migrantes. Et, plus récemment, les terrains de football fréquentés par les joueurs amateurs Latino-américains (*encadré, p.5*).

..... Médiatrices

Le Projet Migrants regroupe six responsables, chacun assigné à une ou plusieurs communautés (1). Des rencontres bi-hebdomadaires permettent une réflexion permanente sur les stratégies de prévention. Les 14 médiatrices et deux médiateurs du Groupe de travail latino-américain se réunissent tous les trois mois afin de partager leurs expériences de travail. Ces rencontres nt permis à des initiatives d'envergure nationale de voir le jour.

Quatre ans durant, les interventions de prévention se sont réalisées par le biais des médiatrices appartenant à la communauté, réparties dans les différentes villes suisses. Il semble que les femmes s'engagent plus volontiers dans ce travail social et bénévole. D'autant plus qu'il s'agit d'un groupe déjà engagé socialement, ayant développé des activités dans leurs pays d'origine. Il faut admettre que nous n'avons pas fait d'effort particulier pour recruter des hommes.

Globalement, les médiatrices sont connues au sein de la communauté. Certaines médiatrices sont ici depuis plusieurs années, d'autres viennent juste de s'y installer. En tant que responsable du projet Latino-américain, il m'arrive qu'on m'arrête dans la rue en me demandant pourquoi je n'étais pas présent lors de tel ou tel événement. Parfois il est difficile de répondre à toutes les demandes, les besoins.

ZOOM

L'OFFICE FÉDÉRAL de la Santé Publique Suisse (OFSP) a mis sur pied dès 1991 le Projet Migrants de prévention-sida auprès des communautés étrangères en Suisse (1). Le gros des efforts a porté sur la mobilisation et l'implication des communautés étrangères dans l'élaboration des mesures de prévention du sida en respectant les particularités linguistiques, culturelles et sociologiques des communautés. C'est l'unique expérience en Europe d'un programme entièrement gouvernementale.

La phase pilote du projet ne concernait que les grandes communautés espagnole, portugaise et turque, pour être étendue plus tard aux communautés latino-américaine, africaine, italienne et de l'ex-Yougoslavie. Depuis le début de l'année, le Projet Migrants ne concerne plus uniquement le sida mais s'est élargi à d'autres questions de santé.

Le Projet Migrants a fait le choix de garder un *low profile*, choix à la fois tactique et stratégique rendu possible par l'autonomie relative de la santé publique suisse. Une fois un budget forfaitaire accepté par le Conseil fédéral, le choix des champs d'activité relève du directeur de l'office fédéral de la santé publique (OFSP).

Ce fonctionnement a permis à un noyau de sociologues et de médecins de l'OFSP de prendre l'initiative sur le principe du droit à la santé pour tous et munis de 10% du budget de prévention-sida. Un groupe social (les migrants) ne pouvant se protéger qu'à partir du moment où il est informé, le droit à l'information devenait le deuxième principe du travail. Enfin, ils ont compris que la réussite du Projet Migrants dépendrait de sa capacité à impliquer les gens concernés et de s'insérer dans leur vie quotidienne. Fait capital, ces principes de travail ne dépendent aucunement de l'ampleur épidémiologique de l'épidémie chez les migrants.

Mais, alors, comment co-existe le Projet Migrants avec l'impressionnant arsenal répressif suisse de contrôle sociale des réfugiés et des immigrés (2)? L'accent sur la prévention a permis en partie de contourner cette question. La capacité du Projet Migrants de répondre aux problèmes de la prise en charge sociale des étrangers, des expulsions de malades, ou de l'accès aux soins des plus démunis semble beaucoup moins évidente. Nous y reviendrons.

Ici, Sofi Ospina, partie prenante du Projet Migrants depuis son démarrage, analyse l'organisation du travail de prévention – capote Don Juan Latex en poche – au sein de la petite communauté latino-américaine.

(1) Voir le rapport final de Didier Burgi, Milagros Cristobal, Hüseyin Demirkan, et Sofi Ospina pour les communautés espagnole, portugaise et turque (1991-92) et le rapport de monitoring 1991-92, de François Fleury et Mary Haour-Knipe (Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne). La version 1993-95 devrait être publiée début 1996.

(2) Lire à ce sujet: *Anatomie d'une défaite, après les votations sur les mesures de contrainte* (Les dossiers du collectif du 12 juin, n° 1, Genève, décembre 1994) et le rapport d'Amnesty International sur la violence raciste et sécuritaire en Suisse (Document AI 43/02/94).

Il y a des médiatrices qui se déplacent constamment vers la communauté latino-américaine. D'autres servent plutôt de relais au niveau associatif, par exemple.

Par exemple, une des médiatrices travaille dans une discothèque, haut-lieu de négociation de rapports sexuels. Elle distribue des préservatifs, insiste sur les

messages de la prévention. Elle avait déjà fait ce type de travail en République dominicaine, dans les hôtels.

Mais une femme qui distribue des capotes doit rester très attentive. Elle est obligée d'être très claire sur son rôle. Certains hommes ne comprennent pas qu'une telle femme n'est pas forcément une prostituée.

Collaborations

Le projet a également développé des formes de collaboration avec les institutions des pays d'origine, notamment les ambassades, les écoles de langue et culture maternelles, et les syndicats. Nous avons aussi des contacts avec certains pays d'origine, mais cela relève plutôt de la coopération suisse ou de l'aide au développement. Notre projet concerne d'abord la santé en Suisse.

Les tentatives de travail en commun avec les Eglises – même si elles sont restées au point mort avec l'Eglise catholique – se sont faites du côté espagnol du Projet Migrants. Les Latino-américains côtoient les autres hispanophones dans les messes en langue espagnole, et certains prêtres ou pasteurs abordent ouvertement le sujet du sida, des préservatifs et de la toxicomanie. Nous travaillons également en ce moment sur un programme pédagogique intégré au catéchisme des jeunes.

Si la plupart de nos actions sont en direction de la population générale de la communauté, nous pensons qu'un stand d'information-prévention lors d'une fête atteint aussi des catégories spécifiques, comme les hommes homosexuels ou bisexuels. Car eux aussi font partie de cette «population générale» (2).

Il peut être difficile de réunir les gens concernés, selon le lieu où nous les invitons. Par exemple, nous avons pensé que les gens ne viendraient pas au Groupe Sida Genève (GSG) (3), ce qui nous a mené à choisir un centre de santé des migrants pour nos rencontres. Je pense qu'une partie des gens se méfient des endroits liés à la légalité, même si nous arrivons à établir un véritable rapport de confiance, avec un respect total de la confidentialité.

L'autre difficulté est simplement que les femmes, par exemple, peuvent avoir des besoins beaucoup plus pres-

Des parcs publics aux stades de football

Stands Don Juan Latex. Il a d'abord été nécessaire de les sensibiliser au rôle important qu'ils pouvaient jouer dans la prévention auprès de la communauté latino-américaine. Une fois convaincus, les organisateurs de fêtes avec orchestres de salsa dans les principales villes suisses – lieu privilégié du brassage communautaire – ont accueillis le stand itinérant d'information *Don Juan Latex*. Au moins 80 fêtes publiques latino-américaines ont ainsi été couvertes par le Projet Migrants. Environ 12 000 Latino-américains ont reçu un calendrier *Don Juan Latex*: format carte de crédit, il incite à l'usage du préservatif lors des relations occasionnelles et affiche les numéros des permanences téléphoniques d'information sida en espagnol. Aujourd'hui, *Don Juan Latex* est bien connu par toute la communauté latino-américaine hispanophone, de Genève à Zurich.

Projet Parcs. Une des médiatrices qui travaillait déjà dans les stands avait remarqué que les nombreuses femmes latino-américaines travaillant en tant que gardes d'enfants se retrouvent au parc chaque après-midi. Elle-même travaillait comme garde d'enfant à l'époque. Sa proposition de projet a été financé tout de suite. Depuis 1992, quatre médiatrices latino-américaines (de nationalités différentes) vont chaque été à la rencontre des femmes Latino-américaines dans les parcs. Les discussions ont largement débordé la seule question du sida, et au moins 800 femmes ont ainsi reçu un matériel pédagogique accompagné de préservatifs. Si nous avons réussi à gagner la confiance de ces femmes, c'est avant tout parce que nous sommes aussi des femmes Latino-américaines, et qu'on a connu des situations similaires.

Cours de formation. Etant donné le nombre important de femmes dans la communauté, et

leur position «pas toujours facile» dans la société d'accueil, la priorité est allée au développement de cours de formation pour femmes. En tout, 60 femmes hispanophones ont participé à sept séminaires de formation.

Journées d'information sur le sida. Deux grandes journées d'information autour de la prévention et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida ont été organisées à Genève et à Zurich. Lors de ces journées, des stands d'information trilingues (français, allemand, espagnol) côtoyaient les activités de théâtre, de danse, de musique (DJ et orchestre de salsa) ainsi qu'une exposition de dessins d'enfants sur le thème. Avec en plus un repas traditionnel. Environ 1 400 personnes ont participé aux journées. Le bénéfice a été versé au fonds suisse de solidarité des personnes vivant avec le sida.

Tournoi de football. Le Projet Migrants a sponsorisé deux tournois genevois de la Coupe d'Amérique de Football, qui réunit 13 équipes amateurs de toute l'Amérique latine. Une équipe a porté les t-shirts «Don Juan Latex». Le meilleur gardien a reçu le prix «Don Juan Latex»... Joueurs comme spectateurs sont repartis, capotes Don Juan Latex en poche.

Permanences téléphoniques. Deux permanences téléphoniques en espagnol fonctionnent deux heures par semaine à Bâle et à Genève. La permanence téléphonique a permis d'importantes prises de contact, car les appels proviennent de personnes avec des problèmes et des demandes concrètes (1).

(1) Au sujet des permanences téléphonique du Projet Migrants, consulter «Analyse des appels parvenus aux permanences téléphoniques en langues étrangères concernant le sida et de leur impact sur les activités préventives futures», de Didier Burgi, Université de Lausanne, août 1995.

sants que la prévention du sida: de papiers, de travail, de contact social, des problèmes personnels liés à l'adaptation.

L'avenir

L'état permanent de recombinaison de la communauté latino-américaine nous oblige à reposer ponctuellement la question des nouvelles activités de prévention. Par exemple, l'information chez les femmes dans les parcs doit s'étendre à travers des activités de «outreach» vers celles qui travaillent comme femmes de ménage. Et les

cours de formation pour femmes doivent devenir encore plus accessibles pour les femmes de la base qui en ont le plus besoin. Enfin, il y a actuellement un déficit de médiateurs, et il faut continuer le recrutement et la formation. Et le football – principale activité récréative des latino-américains –, doit devenir un nouveau centre d'activité.

(1) Les responsables, dispersés dans les centres urbaines, sont: Milagros Cristóbal (population espagnole), Hüseyin Demirkan (Turques et Kurdes en Suisse), Sofi Ospina (population Latino-américaine et autres petits groupes ethniques en Suisse), Eunice Carvalho (Portugais), Umberto Castra (communauté italienne),

et Afrim Kurtani (ex-Yougoslavie, en particulier Kosovo et Bosnie).

(2) L'Aide Suisse contre le sida développe des projets en direction des femmes prostituées. En Suisse, la traite des femmes force la migration des femmes du Tiers Monde et, plus récemment, de l'Europe de l'Est. Voir, à ce sujet, le rapport du Centre d'information pour les femmes du Tiers Monde, intitulé *La traite du malheur: Le marché des femmes en Suisse*, Editions Caritas, Lucerne 1992.

■ Projets mentionnant explicitement les migrants, subventionnés par *Ensemble contre le sida (ECS)*. **URACA**: Prévention dans les communautés africaines, 96 000 FF, poste d'ethnopsychologue (counseling), 204 000 FF, rencontres d'ethnomédecin, 80 000 FF, aide comptable, 150 000 FF; **Migrations Santé**: Le sida, 12 affiches pour en parler, 70 000 FF, formation, rééducation, prévention dans les foyers, 500 000 FF; **Santé à Bankoni**: Festival sida au Mali, 65 000 FF; **Aides Dauphiné-Savoie**: Prévention sida auprès de la population maghrébin, 100 000 F; **Arcat-sida**: Prév. accueil et soutien séropositifs musulmans, 350 000 FF; **ATF** (Association des Tunisiens de France): Campagne d'information et prévention du sida, 100 000 FF; **EGO** (Espoir Goutte d'Or): Communication locale toxicomanie et sida, 200 000 FF; **SOS Racisme**: Les messages de la solidarité, 330 000 FF; **Aides Formation**: Formation de formateurs d'Atrios ONG Tunis, 92 800 FF; Comède: Prise en charge patients VIH, 280 600 FF; **ACT UP Paris**: Mensuel accès aux soins droits des malades, 247 000 FF; **OPALS**: Soutien à la revue trimestrielle *Sidafrrique*: 245 000 FF; **Sida Info Service**: Service téléphonique communautaire migrants, 250 000 FF. Total: 3,36 millions sur 84,4 millions (3,98%) de Francs répartis pour les subventions associatives. (*Fonds Sidaction 1994: répartition au 1er mars 1995*).

■ Le 1er décembre 1994, **Balladur** avait annoncé «une contribution immédiate et exceptionnelle de 100 millions de francs» pour la lutte contre le sida dans les pays pauvres. Le 14 octobre, *Libération* annonçait le désistement du gouvernement Juppé. Parmi les grand déçus: Le professeur **Peter Piot**, dirigeant de l'**ONUSIDA**. «Jamais un pays ne s'était démis de façon aussi brutale et grossière». Pourtant, l'**OMS**, géniteur d'**ONUSIDA**, avait co-organisé le Sommet de Paris en 1994 avec la France. Le *Monde* avait décrit la Déclaration finale du Sommet comme un «pompeux catalogue de bonnes intentions» (10.11.95).

■ Pour **Jacques Lebas de Médecins du Monde**, trois questions doivent devenir des priorités politiques pour élargir la lutte contre le sida à la lutte contre «l'exclusion»: (1) L'accès aux soins des résidents étrangers sans papiers, surtout depuis «l'extinction de l'ADMEF»; (2) les «difficultés de la prise en charge des femmes africaines», surtout que le «système de dépistage a pris de l'avance sur celui des soins» et

«ne tient pas en compte des situations familiales»; et (3) les modalités pratiques pour la distribution et la prise en charge des coûts des anti-rétroviraux pour les plus démunis. (Colloque ARCAT-SIDA, 23 novembre 1995).

■ «En 1985, alors que j'étais enceinte de mon cinquième enfant, j'étais venue à Paris. La poche des eaux s'est rompue dans la rue. On m'a amenée à l'hôpital Boucicaut. Ils m'ont fait une prise de sang. J'ai pensé que c'était la routine. Après l'accouchement, je suis rentrée chez moi, en grande banlieue, avec le bébé, Catherine. Dix jours plus tard, j'ai reçu un télégramme qui me disait d'appeler d'urgence l'hôpital. J'ai téléphoné mais on n'a rien voulu m'expliquer. J'y suis allée. Le pédiatre m'a dit qu'on devait me faire un prélèvement pour la toxoplasmose. J'ai eu des doutes. J'ai demandé à la sage-femme qui m'avait accouchée quel était l'examen qu'on m'avait fait. Elle m'a répondu que, dans cette maternité, ils [faisaient le test du VIH] à toutes les femmes d'origine haïtienne ou africaine. (Estelle, Vous avez la parole, in: *Remaides* n° 16, 2e trimestre 1995)

■ «En prison, si vous êtes malade le lundi, vous avez une chance pour voir le médecin le vendredi». C'est un des 8 thèmes pour la nouvelle campagne française d'affichage d'**AIDES**, pour «pointer les lacunes et les décalages entre les déclarations, les bonnes intentions, et la réalité quotidienne autour de la prévention». Grâce à la loi du 18 janvier 1994, les détenus sont désormais des assurés sociaux dès leur incarcération et les pouvoirs publics portent la responsabilité de leur santé. En outre, chaque prison doit passer convention avec un hôpital et des médecins «civils» gèrent, dorénavant, les soins courants comme les urgences. (*Panorama du Médecin*, 6 novembre 1995).

■ **Tomika Wright**, veuve du rappeur **Easy E**, a donné naissance à une petite fille le 26 septembre 1995. **Easy E**, cofondateur du groupe **NWA** (Niggers With an Attitude), décédé du sida au mois de mars, avait révélé publiquement sa maladie, tout en précisant qu'il n'était «ni pédé ni camé». Ni **Tomika Wright** ni sa fille ne sont séropositives (*Washington Post*, 28.9.95).

■ **Magic Johnson** et **Spike Lee** ont rencontré le 1er décembre 1995 les élèves du Brooklyn Technical High School (LEP) pour discuter du sida et des rôles positifs pour les Africains-Américains. Le dernier film de Lee, **Clockers**, a parmi ses principaux personnages un homme noir malade du sida, qui tient le rôle du méchant tueur. «Plus de 55 pour-cent des cas de sida frappent des people of color, a rappelé Lee. Nous devons marteler ce message». **Magic Johnson** a précisé que ces «Cellules T n'ont pas changé:

dures comme du béton». Un-tiers des Africains-Américains croient fermement que le virus du sida a été créé en laboratoire pour anéantir le peuple noir alors qu'une proportion des Blancs est convaincue de l'origine «africaine» du même virus. (*USA Today*, 1.12.95)

■ Le sida, «rite de passage» de la jeunesse américaine? De nouvelles statistiques montrent qu'un jeune américain sur 92 serait infecté par le VIH. Elles indiquent la disproportion de l'infection au sein des *communities of color*: un jeune Africain-Américain sur 33 et un Latino sur 60 auraient été séropositif en 1993, d'après un nouveau rapport de la revue *Science*. Parmi les hommes blancs, un sur 139 serait infecté. La disproportion est encore plus large chez les femmes âgées entre 27 et 39 ans: 1 femme blanche sur 1667 serait infectée, alors qu'une femme noire sur 98. La proportion pour les Latines serait de une sur 222. Ces résultats contredisent l'optimisme

sur la «stabilisation» de l'épidémie. (*Philadelphia Inquirer*, 24.11.95)

■ Aucun lien n'existe entre la progression du VIH et le sexe, la «race», l'usage de drogues intraveineuses, le revenu, la scolarisation, ou la couverture sociale. Par ailleurs, il n'y a aucune différence en terme de survie entre hommes et femmes, Noirs et Blancs, usagers de drogues et non-usagers, ni entre personnes ayant un revenu annuel de plus ou moins de \$5 000. Par contre, un niveau de CD4 entre 200 et 350, la présence de symptômes précoces, l'accès aux anti-rétroviraux, et l'âge sont parmi les facteurs qui ont un impact sur la progression de la maladie. Pour arriver à ses conclusions, une équipe de scientifiques a mesuré la progression de la maladie et la survie d'un groupe de plus de 1300 individus séropositifs. (Chaisson *et al.*, Race, sex, drug use and progression of HIV disease, *New England Journal of Medicine*, 333 (12): 751)

Campagne de soutien

Chaque mois, **Migrants contre le sida/HIV** vous livre une information claire et précise avec un ou plusieurs articles de fond sur la réponse des communautés immigrées en Europe face au sida et ses conséquences sociales, politiques, et culturelles.

Nous pouvons nous permettre d'être critique quand cela est nécessaire, car nous sommes indépendants de toute institution ou gouvernement. Nos lecteurs et lectrices sont notre seul raison d'être et notre seul moyen de survie.

Les résultats de notre *Campagne de Soutien* seront publiés en mars 1996.

OUI! Je soutiens **Migrants contre le sida HIV**. Envoyez-moi mon premier numéro!

- Individus: 25 CHF ou 100 FF (Institutions: 60 CHF ou 250 FF)
- Soutien (à partir de 100 FF ou 25 CHF): _____
- Abonnement via Internet (e-mail ou ftp): 10 CHF ou 40 FF
- Edition en anglais Edition en français

Nom _____ Prénom _____

Organisation _____

Adresse _____

Code postale _____ Ville _____ Pays _____

Téléphone _____ Fax _____ E-mail _____

Renvoyez votre chèque libellé à l'ordre de:
Migrants contre le sida HIV
 14 bd du Pont d'Arve, 1205 Genève, Suisse

Mouvement

■ **APRES** (Association parisienne de réinsertion et d'entraide aux sortants de prison). La prison... Et après? Sortir de prison peut très vite se transformer, pour certains, en véritable parcours du combattant. APRES propose de vous aider dans vos démarches administratives, vos recherches de structures de soins et de formation professionnelle, d'hébergements, etc. Adhésion d'un an: Détenus, un carnet de timbres à 2F80, particuliers 50F, associations et services sociaux, 100 F, soutien à partir de 150F. Chèque à l'ordre de l'APRES (reçu fiscal sur demande). **APRES c/o MDM, 62 bis avenue Parmentier, 75011 Paris. Permanence 10h-16h sauf mercredi et dimanche. Tél. (+33 1) 42 62 55 12.**

■ **OPALS** (Organisation Pan-Africaine de Lutte contre le Sida). ONG présente dans 17 pays d'Afrique. Objectif: «faciliter la circulation de l'information et soutenir sur l'ensemble du continent africain la collaboration des médecins, des chercheurs et des organisations qui consacrent leurs efforts à la lutte contre le sida en Afrique». **OPALS, 15-21 rue de l'Ecole de Médecine, 75006 Paris.**

■ **COMEDE** (Comité Médical Pour Les Exilés). Permanence santé pour les réfugiés, à l'Hôpital Kremlin-Bicêtre. **Pavillon De La Force, 78 Rue Du Général Leclerc, 94272 Le Kremlin-Bicêtre Cédex, France. Tél.: (+33 1) 45 21 38 40. Fax: (+33 1) 45 21 38 41.**

■ **URMED Solidarité** (URgence Malades Etrangers en Danger). Collectif issu de l'ADMEF (Action pour les droits des malades étrangers en France) créé à la dissolution de ce dernier fin 1994. Objectif: dépôt d'un projet de loi visant à protéger tant de l'expulsion que de la reconduite à la frontière les malades étrangers. **Contact: Djouher OULD MEZIANE. Tél.: (+33 1) 44 52 33 83. Fax: (+33 1) 44 52 02 01.**

Revue

■ **ACTION**. Dossier: Internement de personnes séropositives et/ou vivant avec le sida en Suède. Zaps d'ACT UP (Elisabeth Hubert, ex-Ministre de la santé, pour la libération immédiate des détenus malades du sida, UAP, Gay Pride 95, etc. N° 34-35, la lettre mensuelle d'ACT UP Paris, rue Sedaine 75011 Paris. Tél.: (+33

1) 48 06 13 89. Fax: (+33 1) 48 06 16 74.

■ **ALTER EGO**. Un bilan sur la Journée mondiale de lutte contre le sida 1994, la réduction des risques à Amsterdam, plusieurs témoignages: traitement méthadone, une analyse du Rapport du Comité Consultatif National d'Ethique dont les conclusions «bouleversent les idées reçues» et de celui de la Commission Henrion, une revue de presse, etc. **N° 9-10, journal de prévention-santé de l'association Espoir Goutte d'Or, 1995. 11 rue St Luc, 75018 Paris. Tél.: (+33 1) 42 62 55 12..**

■ **ASUD**. Réduction des risques: comment «chasser le dragon». Réponses des candidats français à la présidentielle au questionnaire d'ASUD sur drogues et sida, prévention de la tuberculose, hépatite C,... **N°9, ASUD Journal des ex-usagers de drogues, pour les usagers de drogues. 23 rue de Chateau Landon, 75010 Paris. Tél.: (+33 1) 53 26 26 53. Fax: (+33 1) 53 26 26 56.**

■ **LE JOURNAL DU SIDA**. *Ile de Saint-Martin: on n'expulsera pas l'épidémie par charter*. Point de vue de trois professionnels de la santé de Saint-Martin sur le racisme institutionnalisé (l'«exclusion») de l'unique et sous-développé hôpital de l'île et ses conséquences sur l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida. **N° 79, novembre 1995. 13 bd Rochechouart, 75009 Paris. Tél.: (+33 1) 40 70 85 90. Fax: (+33 1) 49 70 85 99.**

■ **KI PUKAAR**. Vivre avec le sida. Bilan de quatre ans d'action du NAZ Project, une agence pour la santé sexuelle des communautés indo-pakistanaise, turque, arabe, et iranienne. Revue de presse britannique et indienne. **N°11, La lettre d'information du NAZ Project, octobre 1995. Naz Project, Palingswick House, 241 King Street, London W6 9LP, UK. E-mail: 100647.3422@compuserve.com.**

■ **REGARDS AFRICAINS**. Dossier Virus, avec un important article à partir d'interrogations en série de Kanyana Mutombo intitulé «Virus ciblés sur l'Afrique.» Faut-il fermer le continent africain aux laboratoires du Nord (CDC, Pasteur, etc), dont les activités restent souvent secrètes et hors de tout contrôle des citoyens? **N° 35-36, Été-automne 1995, 10 FS, Regards Africains, case postale 46, 1211 Genève 24, Suisse. E-mail: regaf@iprolink.ch.**

■ **REMAIDES**. Une étude sur le comportement de 6000 jeunes

français âgés de 15 à 18 ans a montré que 55% d'entre eux ont déjà eu un rapport sexuel, avec ou sans pénétration. 1,4% (filles et garçons) ont déjà eu au moins une relation homosexuelle. 85% des jeunes ont utilisé des préservatifs lors de leur premier rapport sexuel, le chiffre étant de 57% en 1989. Cette proportion descend cependant à 72% chez les garçons et 51% chez les filles lors du dernier rapport en date. **N° 17, lettre d'information de l'association AIDES Ile-de-France, diffusée gratuitement, 247 rue de Belleville, 75019 Paris. Tél.: (+33 1) 44 52 33 79. Fax: (+33 1) 44 52 02 01.**

Outils de travail

■ **CHARTRE DES VILLES CONTRE LE SIDA**. Ce document, publié lors des 3e rencontres des villes contre le sida à Perpignan, les 6-7 novembre 1995, fait partie de l'effort d'ancrer l'engagement dans la lutte contre le sida au niveau local. Il reste sans précision quant au décalage entre les principes énoncés et la réalité dans les villes aujourd'hui, et ne fait aucune mention de l'accès aux soins des malades étrangers ni des expulsions de malades. La charte cite toutefois la nécessité de «combattre les discriminations sociales, religieuses, culturelles et sexuelles qui entravent la lutte contre le sida», prône le respect des «règles de confidentialité et de secret professionnel» et «renforce la notion essentielle du droit à la santé pour tous». Elle encourage les «actions d'information adaptées aux liens et aux personnes, en tenant compte des contextes sociaux, culturels, la priorité étant donnée aux personnes les plus vulnérables». Enfin, elle insiste sur l'importance de la «solidarité internationale».

■ **LETTRE D'INFORMATION DU CRIPS** n° 5 (novembre 1989) et n° 23 (novembre 1992). En 1989, le CRIPS avait invité Gerrit van Sante, de la Santé Publique d'Amsterdam, pour discuter du programme d'échanges de seringues mis en place à Amsterdam dès 1984, au moment où deux actions étaient sur le point de démarrer à Paris et en Seine-St-Denis. Le n° 23 fait un premier bilan des expériences franciliennes d'échanges de seringues auprès des toxicomanes. **Centre régional d'information et de prévention du sida, 192 rue Lecourbe, 75015 Paris, tél.: (+33 1) 53 68 88 88. Fax: (+33 1) 53 68 88 89. Contact: Toufik Abdallah (toxi-**

comanie) et Véronique Legendre (migrants).

■ **REPORT ON THE 2ND EUROPEAN MEETING FOR THE EXCHANGE OF INFORMATION ON ETHNIC MINORITIES, MIGRANTS AND AIDS**. Focus on human rights and AIDS. Alden Biesen, Belgium, 2-5 juin 1994. Rédigé par Kim Mulji and Oonagh O'Brien. Notamment: l'utilisation de la Convention européenne des droits de l'Homme, le rôle de l'OMS, les femmes migrantes/minorités ethniques. **European Project Aids & Mobility, A. van Ostadelaan 140, 3583 AM Utrecht, Pays Bas. Tél.: (+31) 30 543 888. Fax: (+31) 30 543 797.**

Bouquins

■ **LE TOMBEAU DE LA FOLLE et CONTES DES VIES RUSÉES**. Nordine Zaïmi. L'Harmattan, Paris, 1995. Ces deux romans font basculer irréversiblement le genre trop classique du témoignage d'un malade du sida tout en (ra)contant les détails de la vie rêvée ou cauchemardée de Zaïmi, né en 1963 à Alger et décédé du sida en 1991 à Paris. A lire absolument.

■ **UNE MORT AFRICAINE: LE SIDA AU QUOTIDIEN**. Hubert Prolongeau. Editions du Seuil, Paris, 1995. Malgré d'évidentes bonnes intentions, cette «chronique effrayante» mêle ethnographie de touriste et sociologie de journaliste pour glisser très rapidement dans l'annonce *ad infinitum* de la fatalité du sida «africain». On finit par se demander si Prolongeau s'est aventuré au-delà de la succursale de Médecins du Monde, des boîtes de nuit, et de l'association TASO en Ouganda, durant toute son année en «Afrique».

■ **AIDS, AFRICA AND RACISM**. Richard et Rosalind Chirimuuta. Free Association Books, Londres, 1989. Travail d'archive et d'investigation minutieuse pour décomposer les délires racistes des chercheurs-chasseurs blancs en quête du «sida africain», analyser le rôle des médias dans la fabrication de l'image d'un continent entier condamné à la fatalité sans remède, et enfin de défricher les multiples théories du complot ou négationnistes quant à l'«origine» du VIH.

France. Dr Zoubida Djelali, responsable de la Mission France de Médecins du Monde (MDM) à Paris:

«Nous disons aux malades sans papiers: N'allez pas à l'hôpital.»

QUEL EST le principal frein à l'accès aux soins des malades étrangers?

Le droit à la santé est inscrit dans la Constitution française. Mais l'accès aux soins n'est pas gratuit. Le problème se pose si vous êtes sans ressources et n'êtes pas inscrit à la sécurité sociale. Pour le sida comme pour autre chose.

En principe, les Français et les étrangers en situation régulière peuvent bénéficier de la sécurité sociale, et, si nécessaire, de l'aide médicale et de l'assurance personnelle qui ensemble assurent une prise en charge à 100%. L'aide médicale va jouer en quelque sorte le rôle de mutuelle.

Sans sécurité sociale, la question est: Avez-vous droit ou non à l'aide médicale (1)? Là s'opère la distinction entre Français et étranger, ainsi qu'entre étrangers en «situation régulière» ou «irrégulière».

Quand on est étranger, on va vous demander votre situation administrative. C'est-à-dire, avez-vous un titre de séjour valable? Votre situation administrative est-elle «régulière»? Si vous êtes en situation régulière, vous avez les mêmes droits qu'un Français, dès lors que vous êtes en France depuis au moins trois mois.

Les réfugiés politiques et les demandeurs d'asile qui ont au moins un récépissé de trois mois ont droit à une couverture sociale (la sécurité sociale) par le biais de l'assurance chômage (ASSE-DIC).

Que peut faire quelqu'un qui est sans papiers?

Votre droit à l'aide médicale si vous êtes en situation «irrégulière» dépend de la durée de votre séjour en France. Si vous pouvez prouver que vous êtes en France depuis plus de trois ans, vous avez

droit à l'aide médicale. Comment prouver votre résidence? Si vous avez des enfants, par exemple, qui sont scolarisés. Ou la date d'entrée du passeport, si vous l'avez encore. Vous pouvez demander à des gens qui vous connaissent de témoigner, mais ceci va devenir plus difficile avec la nouvelle législation qui criminalise l'aide aux clandestins.

Si cela fait moins de trois ans, vous n'avez pas droit à l'aide médicale. Sauf en cas d'urgence, c'est-à-dire quand il y a danger de mort (2), où l'hôpital ne peut pas vous refuser.

Par ailleurs, quelqu'un qui développe le sida (cela ne suffit pas d'être séropositif, parce que être séropositif, ce n'est pas être malade) a droit à une aide médicale spécifique qui inclut un suivi social à l'hôpital. Ce suivi ainsi que toutes les prescriptions seront prises en charge par l'aide médicale.

Deux ans après les lois Pasqua, qu'est-ce qui a changé?

Ces lois ont, paradoxalement et de manière restreinte, «amélioré» (3) la situation des étrangers en situation régulière, car avant ces lois, même les étrangers en situation régulière devaient attendre trois ans avant d'avoir droit à l'aide médicale. Aujourd'hui le délai est de trois mois. Les associations qui s'occupaient d'accès aux soins – telles que *MDM* et *Médecins sans Frontières* – avaient reparlé de cette situation avec le principe qu'il n'y a aucune justification pour cette période d'attente de trois ans pour quelqu'un en «situation régulière».

Avez-vous relevé des cas de délation de gens en situation irrégulière qui vont demander l'aide médicale?

Nous n'avons pas été confronté à ça, mais nous savons que cela peut arriver. Malheureusement, la dénonciation est légale... (4)

Quelle est la position de MDM face à la criminalisation de l'aide aux étrangers sans papiers?

Le Ministère de l'Intérieur a répondu à une lettre du président de *MDM*, disant que de toute façon il ne toucherait pas aux problèmes de soins. Dans la mesure où le texte de loi est flou, nous pouvons être dénoncés en tant qu'association, car tout le monde sait que des étrangers en situation irrégulière fréquentent *MDM*. Il est trop tôt pour savoir ce qui peut se passer avec cette loi.

Au delà du cadre juridique, comment ça se passe?

Le malade ne connaît pas ses droits, et le médecin non plus: c'est le problème de l'information. A partir du moment où on sait qu'on a des droits, on va se battre pour les obtenir.

Tout va prendre du temps. Tout malade va perdre du temps parce que les démarches sont longues. Il faut un certain nombre de papiers: une pièce d'identité (ou sa photocopie, même périmée), un certificat d'hébergement. Sinon, aucune possibilité de prise en charge.

Pour l'aide médicale, il faut aller à la Mairie (au bureau de l'aide sociale) afin de déposer le dossier. Il faut que le malade fasse les démarches, rien ne se fera tout seul. Sauf en cas d'urgence, lorsque l'hôpital demande l'aide médicale hospitalière, mais alors l'hôpital demandera ces papiers (5).

En fait, vous dites aux gens qui viennent vous voir: Vous avez droit à ça, il faut faire des démarches, mais il y a un risque. Risque de dénonciation, de tracasse-

ries, voire d'expulsion. Il faut le leur dire. Eux prennent la décision. En général, s'ils sont malades ou gravement malades, ils le prennent.

Dans les autres cas, autant nous demandons l'aide médicale pour les Français et les Étrangers en situation régulière, autant nous ne le faisons pas pour les étrangers qui sont en situation irrégulière, même s'ils sont en France depuis plus de trois ans. D'ailleurs, même s'ils sont en France depuis 20 ans, comme cela est arrivé. Nous ne pouvons leur faire prendre de risques.

Par contre, nous le faisons lorsqu'il y a une maladie grave. On leur pose la question: Prenez-vous le risque ou pas? Et nous en discutons longuement. Ce qui n'empêchera pas qu'à la fin du traitement, la police vienne les chercher pour les expulser.

(1) L'aide médicale est la prise en charge à 100% pour quelqu'un qui n'a pas ou peu de ressources. Si il n'a pas de sécurité sociale, on lui fait prendre d'abord l'assurance personnelle, qui équivaut à la sécurité sociale.

(2) Pourtant, parmi les nouveaux droits à l'aide médicale, il est souligné que «l'aide médicale en cas de soins dispensés dans un établissement de santé» s'étend aux «prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe».

(3) Il s'agit en particulier de l'article 38 de la loi n°93-1027 du 24 août 1993 qui a procédé à une réécriture quasi totale de l'article 186 du code de la famille et de l'aide sociale. L'«amélioration» [sic] a consisté à creuser le fossé entre résidents avec et sans papiers, érigeant la régularité administrative du séjour en précondition pour l'égalité avec les Français en matière de droits sociaux.

(4) Mais la dénonciation est clairement une violation du secret médical, du droit à l'anonymat du malade, en somme, du droit constitutionnel à la santé. La *Charte du Patient Hospitalisé* clarifie ces droits. En principe elle doit être remise à chaque patient (*Charte annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995*).

(5) Pourtant, une circulaire précise que la condition de «résidence interrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans» doit être vérifiée «sans que l'intéressé ait à justifier de l'un des titres exigés des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France». (Circulaire DAS n°95-16 du 8 mai 1995 relative aux droits à l'aide sociale des étrangers résidant en France).