

*« De la citoyenneté à la stigmatisation :  
La prévention VIH/Sida dans les Foyers Travailleurs Migrants  
Défis à l'incohérence »*

*Barbara BERTINI*  
*Responsable Programme Santé GRDR*  
[www.grdr.org](http://www.grdr.org)

Cette communication est basée sur l'analyse du travail effectué par le programme Santé du GRDR<sup>1</sup> en 2004 et 2005 sur nombreux foyers en Seine St Denis et en Région Ile de France. Les données citées en exemples sont issues d'une étude comparative sur deux Foyers du 19<sup>ème</sup> arrondissement : Lorraine et Riquet. Les résidents cités dans ce texte sont des habitants des Foyers Argonne et Riquet, dans le 19<sup>ème</sup> arrondissement. Les données relatives au VIH/Sida sont issues d'un diagnostic sanitaire réalisé dans le Foyer de Drancy, en Seine St Denis.



Foyer Argonne. Paris 19ème. Cuisine collective. GRDR 2005

---

<sup>1</sup> [www.grdr.org](http://www.grdr.org)

*Il est beaucoup plus important de savoir quel genre de patient a une maladie,  
plutôt que quel genre de maladie a un patient.*

*William Osler.*

La France a été déclarée en 2001 par l’OMS, le premier pays dans le classement des meilleurs systèmes de soins. Malgré tout, la santé des immigrés et des étrangers en France reste mal connue, « *cette occultation a pour conséquence de laisser dans l’ombre des indications précieuses pour la mise en œuvre de politiques de santé publique* »<sup>2</sup>. L’accès des migrants aux soins et à la protection sociale constitue en effet un enjeu décisif des politiques publiques d’intégration. Les disparités physiques entre les individus ne sont pas fondées, « *de manière absolue, en nature, dans une sorte d’essence biologique de l’être humain, mais elles sont aussi déterminées par les inégalités que la société institue* »<sup>3</sup>.

Les Foyers Travailleurs Migrants (FTM) où résident un nombre très important de migrants<sup>4</sup>, notamment d’origine subsaharienne, sont à la fois des espaces urbains repliés sur eux-mêmes et des « contenants » d’un malaise social exposant de fait les résidents à de nombreux facteurs de risques sanitaires liés à la promiscuité, au surpeuplement et à l’insalubrité<sup>5</sup>.

Les actions de prévention mises en place par les professionnels socio sanitaires devraient viser, avant tout, à répondre à la relation de causalité qui existe entre l’intégration dans la société d’accueil et les possibilités, réelles ou fantasmées, qu’ont les individus d’investir le système socio sanitaire de proximité. Avant de pouvoir envisager toute action de prévention et de formation VIH/Sida il faut créer ou recréer du lien social : premier pas pour briser les murs du silence qui entourent les problèmes de santé en général et du VIH/Sida en particulier, et pour faire évoluer le regard que les migrants portent sur leur lieu de vie et surtout celui des habitants du quartier sur les Foyers et ses habitants.

*« Les gens ici ne s’intègrent pas parce que nous sommes là en tant qu’immigrés, c’est deux mondes différents. En tant qu’africains, on a du mal à s’intégrer dans la société française. Avec les habitudes qu’on a là-bas, ce n’est pas facile de s’intégrer. Peut-être nos enfants, les gens qui sont nés ici, ils pourront s’intégrer parce que nous une fois sur la terre française, c’est dur... On a des parents qu’on a laissés là-bas. On a des difficultés sociales et économiques, nous sommes une génération sacrifiée<sup>6</sup> ».*

---

<sup>2</sup> FASSIN Didier ; « *Peut-on étudier la santé des étrangers et des immigrés ?* » in Plein droit n°38, avril 98.

<sup>3</sup> « *Les inégalités sociales de santé* » éd.sous la dir. de Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski et Thierry Lang.-Paris : La Découverte, 2000. (Recherches)

<sup>4</sup> Les résidents des FTM au sein desquels nous avons travaillé, sont exclusivement des hommes originaires du Bassin du Fleuve Sénégal (Mali, Sénégal, Mauritanie).

<sup>5</sup> IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) ; « Les foyers migrants à Paris », novembre 2004.

<sup>6</sup> Entretien réalisé au Foyer Argonne en mai 2003.

Alors que les bailleurs demandent des résultats tangibles sur des actions spécifiques VIH/Sida dans les Foyers, appréhender la question de la santé des migrants nécessite de se donner le temps de comprendre le « sens » que les migrants donnent à la santé et à la maladie et celui qu'ils donnent à leur parcours migratoire. Le trajet migratoire et les raisons d'installation dans le pays d'accueil et la situation familiale dont ils sont responsables vont influencer toute démarche d'intégration sociale et sanitaire. Il convient alors de rappeler et de restituer cette histoire à ses acteurs.

Le colonialisme, les sécheresses, la crise des systèmes de production traditionnels des populations de la moyenne et de la haute vallée du Fleuve Sénégal et le contexte politico-économique favorable des Trente Glorieuses (1945-1975)... ont contribué essentiellement à la migration du travail organisé vers certains pays d'Europe et notamment la France.

Quel que soit leur pays d'origine, des formes endogènes de mobilisation des ressources humaines, financières et matérielles se sont constituées. Celles-ci, en général ont pour vocation de servir de cadre global d'action des immigrés. En effet, les migrants d'origine subsaharienne et notamment ceux du Bassin du Fleuve Sénégal entretiennent ainsi de multiples liens, et au travers de processus divers, avec leur foyer et leur terroir d'origine<sup>7</sup>. L'analyse des relations à distance entre les migrants et leurs terroirs d'origine peut se faire à un double niveau : le niveau individuel et le niveau collectif. Le pôle individuel renvoie la personne migrante à ses rapports avec sa famille, la parentèle au sens anthropologique, tandis que le second pôle s'articule autour des relations entre les associations d'immigrés et les terroirs d'origine. Sur la base de critères multiples liés à l'appartenance à un village, à un quartier, une famille, une catégorie sociale et à une classe d'âge, les immigrés se regroupent et mutualisent leurs forces.

Les formes de mobilisation et d'action collective ou individuelle mises en place représentent de nos jours des passerelles et des moyens médiologiques transnationaux. Ceux-ci apparaissent davantage comme de véritables marqueurs des processus de médiation entre espaces ruraux, urbains et transnationaux. L'immigré apparaît comme un individu caractérisé par la pluri appartenance à des regroupements divers assumant ainsi une fonction de médiation entre espaces d'émigration et d'immigration.

---

<sup>7</sup> Les ressortissants du BFS sont les partenaires historiques du GRDR. Une de ses missions est d'associer les migrants au développement de leur terroir d'origine, de renforcer leur capacité organisationnelle et technique des associations et collectivités africaines, développer les initiatives économiques et les services publics de proximité. Ainsi, le GRDR est un interlocuteur majeur du champ de la migration internationale.

Certaines recherches sur la Vallée du Sénégal mettent l'accent essentiellement sur l'importance de la variable ethnique dans la propension à émigrer et dans les stratégies migratoires adoptées<sup>8</sup>.

D'autres approches insistent sur le fait que l'émigration de la Vallée est essentiellement économique. Elle résulte de deux forces : une force de refoulement déterminante pour le départ, et une force d'appel, fixant la destination. La première est liée à la crise de l'économie du Bassin du Fleuve Sénégal, la seconde est stimulée par l'essor de l'économie du bassin arachidier ou à l'extérieur du pays grâce à la demande en matière de main d'œuvre existante comme ce fut le cas en France dans les années 60 et 70.

Plusieurs facteurs liés à l'histoire (recherche du numéraire pour payer l'impôt pendant la période coloniale, nomadisme des Peulhs à la recherche de pâturages), à l'économie (l'aggravation des conditions climatiques qui a accentué le caractère aléatoire des rendements des cultures de décrue et pluviales), à l'incohérence des politiques de développement rural et la faible intervention de l'Etat... sont autant de causes explicatives de l'émigration des *Soninke* et des *Haal-pulaar* de la Vallée du Sénégal.

L'émigration est encore aujourd'hui perçue et vécue par ses acteurs comme une filière dont l'objectif est d'abord de subvenir aux besoins des familles restées au village, ensuite, de participer au développement socio-économique des terroirs d'origine par le biais du mouvement associatif.

L'organisation et le fonctionnement de la migration de ces populations ont contribué à l'organisation de l'établissement dans le pays d'accueil et la reproduction du phénomène migratoire. Les réseaux migratoires ont ainsi favorisé une importante circulation des individus, d'argent, de biens et d'informations entre les différents points du circuit migratoire ainsi que la mise en place de véritables communautés diasporiques transnationales. Les réseaux multiples qui en ont émané témoignent d'un lien social dynamique reliant les membres d'une communauté disséminée à travers les continents et les lieux d'origine d'émigration.

Analyser les liens que les communautés entretiennent avec le lieu d'origine nécessite d'abord une mise en évidence du contrôle des migrants par leur famille mais aussi par la communauté villageoise tout au long du processus migratoire. Ce contrôle s'explique d'une part, par l'importance croissante que prend la migration dans les stratégies de subsistance des familles et de la communauté et, d'autre part, par la nécessité en temps de crise, de maintenir la cohésion des communautés par le renforcement de l'ordre villageois et des hiérarchies sociales.

Historiquement il s'agissait d'une migration tournante dans laquelle le migrant était remplacé au bout d'un certain nombre d'années par un membre plus jeune de sa famille garantissant ainsi une continuité dans les

---

<sup>8</sup> Condé J. & DIAGNE P., « *Les migrations internationales Sud-Nord. Une étude de cas : les migrants maliens, mauritaniens et sénégalais de la Vallée du Fleuve Sénégal en France* », OCDE, Paris, 1994.  
Findley S., « *Chossing between Africa and French destination. The role of family community factors in migration coming Senegal river valley* », CERDOP (Working Paper n)5), 1990.

envois monétaires. Généralement le migrant assurait, en accord avec la famille, le départ de son successeur en lui envoyant de l'argent et il contribuait à son arrivée en France en subvenant à ses besoins et en l'aidant à trouver du travail.

En sus du rapport pré établi entre l'émigré et sa famille d'origine, les pouvoirs publics de certains pays d'accueil, tel la France, ont pour beaucoup contribué au renforcement de « la présence du village » dans la communauté d'immigrés.

La construction des foyers d'habitation pour travailleurs immigrés (FTM) a favorisé le regroupement par lieu d'origine et l'émergence de véritables communautés bis<sup>9</sup>. La transposition en leur sein des hiérarchies traditionnelles entre, d'une part, jeunes et vieux, aînés et cadets et, d'autre part, entre nobles, castés et captifs, aura permis d'organiser la vie dans les foyers mais aussi d'assurer l'ordre villageois parmi la communauté d'immigrés. Cette reproduction des formes d'autorités en France est encore aujourd'hui vécue comme une nécessité par les chefs de village dont le pouvoir est d'autant plus menacé que leur dépendance à l'égard de l'argent envoyé est plus grande<sup>10</sup>.

A partir de cette structuration des liens de base entre l'émigré et le lieu d'origine, d'autres formes de canalisation des ressources viendront se greffer à cette relation sous la forme de caisses de solidarité villageoise, à l'origine, et leur transformation et reconversion en associations villageoises de développement à partir du milieu des années 1970. La dynamique associative a acquis ses lettres de noblesse à partir des années 1980<sup>11</sup>. Ces formes de mobilisation et d'actions collectives apparaissent ainsi comme des moyens de contrôle des émigrés en réduisant leur univers de référence à la famille et le terroir d'origine. Elles ont cependant un rôle implicite qui est de veiller à ce que le séjour en France n'ait d'autre objectif que de préserver la famille et la communauté d'origine.

Les interventions des associations villageoises, qui peuvent être plus ou moins régulières et structurées, n'en sont pas moins des interventions de portée collective où l'individu, la catégorie sociale d'origine, d'appartenance disparaît pour laisser place à la communauté. L'action d'intervention sur les secteurs jugés prioritaires par les migrants a donné naissance ou favorisé l'apparition de relais à la fois individuels et organisationnels sur toute la chaîne du procès de réalisation de leurs projets.

---

<sup>9</sup> Lanly G., « *Les immigrés de la Vallée du Fleuve Sénégal en France : des nouveaux acteurs dans le développement de leur région d'origine* », [www.undp.org/popin/fao](http://www.undp.org/popin/fao).

<sup>10</sup> Ibidem

<sup>11</sup> En France, les réseaux migrants se sont constitués, à partir des années 80, selon l'origine villageoise d'abord, et communale ensuite. Ce sont des réseaux qui s'occupent du développement socio-économique des terroirs d'origine. Celui-ci est marqué par la mise en place d'équipements collectifs à usage communautaire. Il nous paraît important de souligner que le système d'action mis en place par les villageois pour la conception, la conduite et la réalisation de leurs projets se présente comme un réseau où chaque maillon du système a une fonction essentielle à jouer. En effet, les communautés d'immigrés fournissent l'essentiel des ressources financières et matérielles nécessaires aux ouvrages collectifs.

Pris donc entre la famille, la parentèle et la communauté d'immigrés par l'entremise de la vie au foyer, les foyers de résidence, lieux « propices » de rencontres et de réunion des immigrants, se caractérisent par leur multifonctionnalité. Ils sont le « point de chute » des nouveaux candidats à l'émigration en provenance directement ou indirectement des lieux d'origine, le centre de réception et de dispatching du courrier, des commissions et des demandes villageoises. L'interconnaissance et la solidarité cultivées entre les membres facilitent pour beaucoup le fonctionnement des réseaux de relations établis<sup>12</sup>.

Le lien quasi-permanent qu'il entretient avec la famille et la communauté villageoise d'origine se caractérise ainsi par sa pluri-appartenance, bon gré mal gré, aux différentes formes de regroupement dans le pays d'établissement dont les mécanismes et les modalités concrètes de fonctionnement lui rappellent qui il est, d'où il vient et pourquoi il est là. C'est un sentiment mais aussi une pratique partagée par la plupart des immigrants que le lien du cordon ombilical avec la communauté d'immigrés et les terroirs d'origine passe nécessairement par les visites au foyer, les *jontande* (tours) par exemple, et par bien d'autres moyens médiologiques, qui sont réputés être des moyens qui leurs permettent d'échanger des nouvelles, d'en donner ou d'en recevoir.

Les envois financiers réguliers<sup>13</sup> des immigrants à leur famille, auxquels s'ajoutent le remboursement de la dette contractée pour financer le voyage, et les contributions aux caisses villageoises pèsent considérablement sur le budget des immigrants et leur laissent peu d'argent pour assurer la subsistance en France et encore moins pour épargner pour la réalisation d'un projet personnel.

*« C'est pas facile de s'intégrer ici, car c'est au Pays qu'il faut penser. Il y a des choses que tu regardes et tu sens que tu n'es pas chez toi. Dans les cuisines au foyer, on mange ensemble. Même si moi je n'ai pas d'argent, ou si je ne travaille pas, il y a une cotisation... C'est comme ça que ça se passe. Chaque fin de mois on met une cotisation. On mange en commun. Tu la mets quand tu travailles. Donc, tu ne sens pas vraiment de difficultés. Et puis même sur la chambre, c'est comme ça. Tu t'arranges avec celui avec qui tu partages la chambre. On s'entraide. Il y a une solidarité. Mais il faut trouver vite du travail, car au pays la famille compte sur toi, tu es là pour ça.<sup>14</sup> »*

---

<sup>12</sup> Voir thèse de doctorat de TIMERA M. « *Les immigrants Soninkés dans la ville : situations migratoires et stratégies identitaires dans l'espace résidentiel et professionnel* » EHESS /paris 1993.

<sup>13</sup> La contribution financière est caractéristique des migrations du BFS. Les recherches montrent que le rythme et le volume des envois monétaires augmentent d'année en année. L'évolution des flux d'envois semble liée à l'augmentation du nombre des migrants. A titre d'exemple nous rappelons que, aujourd'hui, le montant des envois destinés au Sénégal est évalué à 32,5 milliards de Fcfa et représente plus de la moitié de l'aide publique française (Sud quotidien, juillet 1999, n° 1879, cité par Tandian, 1999). Le montant de la diaspora malienne est égal à l'aide publique française, soit 120 milliards de Fcfa !

Ces évaluations ne sont que des estimations qui sont loin de refléter la réalité complexe qu'est l'exactitude des transferts d'argent vers les pays d'origine. Celles-ci ne prennent appui que sur les mandats formels passant par la poste. Elles n'intègrent pas les mandats informels que le migrant vacancier ramène dans le pays d'origine, les mandats de « type fax », ou encore les achats de marchandises, effectués depuis la France auprès des représentants des coopératives, pour les familles d'origine

<sup>14</sup> Entretien réalisé au Foyer Riquet, juin 2003.

A partir des années soixante, un nombre important de migrants originaires d'Afrique du Nord et de l'Ouest arrivent en France avec la certitude de pouvoir travailler et ainsi répondre à leurs besoins économiques. Le temps de vie en France envisagé sur du court terme est de moins en moins d'actualité. C'est d'ailleurs à cette image d'une « vie passagère en France » que les foyers se sont à l'époque construits. Ils devenaient la solution transitoire aux conditions d'hébergement d'alors<sup>15</sup>. Sont ainsi offertes à l'époque aux migrants des conditions de vie relativement acceptables. Force est de constater que les résidents des foyers s'y sont établis, ces derniers devenant non plus des lieux d'hébergements transitoires, mais des lieux d'installation, à l'image de leur trajectoire de vie<sup>16</sup>.

En effet, un nombre conséquent de résidents installés dans les foyers depuis les années 70 y résident encore. L'âge de la retraite pour certains est proche, pour d'autres elle est déjà d'actualité. De même, de nombreux jeunes prennent la place de leurs aînés retournés au pays, ou viennent les rejoindre.

Les nouveaux arrivants sont des membres de la « famille » ou du même village, ce qui explique que actuellement, les foyers sont exclusivement habités par des personnes originaires de certains pays (Algérie, Mali, Sénégal, et Mauritanie).

*« Mon père était là avant, il est venu en France en 1959. Moi j'ai pris sa place au Foyer, et je ne peux pas partir, ça coûte trop cher. Quand je suis là-bas on me dit : raconte comment c'est la France, mais on ne me croit pas. Il y en a qui demandent de l'argent, tout ça, et moi je n'ai rien<sup>17</sup> ».*

Le foyer est actuellement un des premiers lieux de vie des nouveaux arrivants<sup>18</sup>. Ces derniers souvent en attente de régularisation ou face à son refus, en situation de précarité économique importante, ne peuvent envisager aucun autre projet de logement. Le foyer devient donc un lieu d'hébergement à long terme, « *en attendant de trouver mieux* ».

Pour les personnes en situations régulières, les raisons d'installations au foyer sont économiques : impossibilité d'habiter un logement privatif parisien, réponses négatives de demande HLM...Le choix d'installation paraît être fait par défaut.

*« Quand je suis arrivé de Mauritanie la première fois, j'avais des parents qui étaient là depuis 59. Ils étaient les premiers, nous sommes les seconds, et quand nous sommes arrivés... C'est normal, c'est comme ça la vie chez nous. Quand je suis arrivé, je ne connaissais personne, mais j'avais quelqu'un du même village du même pays, et je suis allé chez lui. Je suis venu comme je l'ai dit. On ne va pas me chasser, chez nous c'est comme ça. En Afrique... Comment on appelle ça ? La solidarité familiale. On ne peut pas me sortir. Je travaille, je me débrouille, finalement si je trouve un autre foyer avec des chambres libres, j'y vais. C'est comme ça que tout le monde est venu<sup>19</sup> ».*

---

<sup>15</sup> QUINIMAL Catherine, TIMERA Mohamet, « 1974-2002, les mutations de l'immigration ouest-africaine », Hommes et Migrations, N° 1239, septembre - octobre 2002.

<sup>16</sup> Avant la création des foyers de travailleurs migrants dans les années 70, les conditions d'habitation sont inhumaines (marchand de sommeil, cave, système D...).

<sup>17</sup> Entretien réalisé au Foyer Argonne, juillet 2003.

<sup>18</sup> Rapport du GRDR 2005, Diagnostic socio-sanitaire Riquet/Lorraine. Paris foyers du 19<sup>ème</sup> arrondissement.

<sup>19</sup> Entretien réalisé au Foyer Argonne, juillet 2003.

Enfin, de nombreux résidents apprécient le foyer pour sa sociabilité et sa solidarité. Face à des situations de vie difficile, se retrouver « *en famille* » est capital et contribue largement à maintenir une stabilité psychologique, une reconnaissance identitaire indispensable pour faire face à leurs situations de vie.

*« Pour la connaissance entre Africains c'est très simple ! Nous, quand on se rencontre, par exemple dans le métro, quand on se dit bonjour, il faut attendre 5 minutes. On se pose plein de questions sur la famille au pays. La connaissance c'est facile, nous même si on ne se connaît pas on se dit bonjour. Si sa tête me dit que c'est un musulman comme moi je lui dis bonjour, à partir de là la personne va me répondre, « comment vas-tu? », « Comment sont les nouvelles de la famille au pays? » Alors que c'est une personne à qui que j'ai dit simplement bonjour !<sup>20</sup>*

Néanmoins, c'est d'abord une situation économique critique et l'impossibilité de se projeter dans le futur ni d'envisager une autre forme d'hébergement, qui conditionne le choix de s'installer au foyer. Les aînés, quant à eux, ayant connu des trajectoires migratoires différentes mais tout aussi difficiles et sous la « pression sociale » de la communauté d'origine, sont obligés de se monter solidaires envers les plus jeunes<sup>21</sup>. Cette obligation va engendrer de facto des situations de promiscuité accrue qui augmentent en quantité et intensité et se consolident dans un contexte politique où les conditions de régularisation deviennent de plus en plus strictes. Le nombre de résidents en situation administrative précaire et irrégulière ne cesse d'augmenter au sein des foyers qui deviennent des lieux où le malaise social, l'exclusion et la précarité s'enracinent.

*« Il y a beaucoup, beaucoup de choses dans le foyer qui ne marchent pas. Le pire problème que nous les immigrés avons est que nous sommes des immigrés de couleur. Ce qui nous frappe aujourd'hui est que nous sommes immigrés et de couleur et que nous sommes toujours à l'écart de la société. Quand on vit dans un pays depuis 30 ans... Moi, je suis là depuis le 30 juin 1969. Je vais vous dire quelque chose... Je crois que je suis plus français qu'africain, maintenant. 34 ans dans un pays mais ç'a été et c'est toujours comme ça. J'ai cherché. Je me suis inscrit à la Mairie à plusieurs reprises, mais ça a été toujours comme ça. Ça me dégoûte et maintenant je laisse tomber. Je n'aime pas être dans un foyer, mais je n'ai pas les moyens. Je peux payer 3000-4000 Francs, mais au moins je suis chez moi. Mais là... Ce n'est pas une vie. Ce n'est pas pour plaisir qu'on vit ici, c'est par ce qu'on n'a pas les moyens de faire autrement. Et même si tu as les moyens financiers tu ne trouves pas. Si je ne peux pas changer ma vie, j'aimerais changer la façon qu'on me regarde !<sup>22</sup> »*

Si les projets migratoires n'ont pas changé, les politiques migratoires évoluent vers un durcissement des conditions de séjour. Les demandes d'immigration ne baisse pas et l'octroi de titres de séjour quant à elle diminue, fatalement le nombre de « sans- papiers » augmente.

---

<sup>20</sup> Entretien réalisé au Foyer Riquet, juillet 2003

<sup>21</sup> D'une façon générale, mais pas exclusive, se sont les jeunes qui sont candidats à l'émigration. Néanmoins, il n'est pas rare de rencontrer des « nouveaux arrivants » plus âgés qui ont choisi d'émigrer suite à des situations de crise accrue (ex. pluies ayant ravagés les récoltes en 2003, invasion d'acridiens en 2004...)

<sup>22</sup> Entretien réalisé au Foyer Argonne, en juillet 2003.

Le déracinement est toujours un évènement fragilisant psychologiquement les migrants, notamment en dehors du regroupement familial. Outre le bouleversement de la vie familiale et une rupture avec la culture, les valeurs et la « sécurité » traditionnelle, l'incertitude relative au travail et aux autres éléments de la vie dont la situation administrative, augmente encore le stress et l'angoisse.

Le projet migratoire se construisant au pays, il est souvent bâti sur le fantasme d'une vie meilleure pour ses proches et en second plan pour soi.

*« Au pays, on raconte tout ça. Mais comme ils ne savent pas... Eux, ils pensent qu'ici il y a le paradis, et même si on parle des foyers, quand ils viennent ils restent comme ça, ils nous regardent et disent : « Mais comment ? C'est ça la France ? Ah, si j'avais su... » On vous a bien expliqué, on ne vous a pas caché, comment elle est la France, comment on vit ici. C'est ça la vie de la France, c'est ça la vie d'émigré, des émigrés africains. Ce n'est pas qu'on ne raconte pas. On leur explique très bien ce qui se passe ici. Voilà. C'est ça le vrai problème <sup>23</sup> ».*

La désillusion est forte. La patience, le courage, la débrouille et la solidarité deviennent les mots d'ordre, dans l'espoir d'atteindre les 10 ans de vie en France afin de pouvoir voir leur situation administrative se clarifier. Pour ces gens, la vie au foyer est le seul recours possible à leur situation critique. Cette solidarité devient alors une question de survie, et participe par la même au renforcement des dépendances hiérarchiques interne au foyer.

D'une certaine manière, le voyage des cadets a modifié la distribution initiale du schéma des rapports de dépendance entre le chef de famille, l'aîné et le cadet. Toutefois, les obligations des uns et des autres restent consolidées et réactualisées.

Différents facteurs favorisent le déplacement de ces populations, notamment des plus jeunes. Tout d'abord, le maintien de situations économiques défavorables au sein des pays concernés par cette migration et, parallèlement, l'image de la France véhiculée par les médias mais également par certains émigrés lors de leur retour en France.<sup>24</sup> Le foyer, de par son fonctionnement hiérarchique, est garant d'une cohésion sociale interne, parant aux difficultés des plus jeunes. La dette symbolique de devoir « prendre en charge nos jeunes », parce que les aînés ont vécu cette situation, parce que les jeunes assureront des revenus à leur famille et à eux-mêmes quand ils seront au pays, parce « qu'on ne peut décentement pas mettre un proche à la porte » pousse les limites de l'intimité : la vie en famille tend à devenir la vie en communauté... La question à se poser est celle de savoir où se situe la frontière entre enveloppe sociale rassurante et repli identitaire.

*« Dans ce quartier, les gens nous voient entrer et sortir, mais on ne se connaît pas. On ne se parle pas, on s'ignore. Chacun ignore son voisin. C'est ici qu'on vit et l'on aimerait avoir des bonnes relations avec l'entourage. Les week-ends on reste ici, dans nos chambres, à deux ou trois, discuter des problèmes de la vie quotidienne, du travail... Sinon, on sort, on va dans des autres foyers, on va visiter des autres amis, des autres frères... On est obligé d'aller voir des autres frères dans des autres foyers.*

---

<sup>23</sup> Entretien réalisée au Foyer Argonne en juin 2003.

<sup>24</sup> Malgré le fait que les migrants reconnaissent la dureté des conditions de vie en France, l'image qu'ils continuent à véhiculer dans leur pays d'origine est fortement valorisée, chose qui entretient l'ambiguïté et les phantasmes autour de la France.

*Le problème est là. Quand tu habites dans un foyer, quand tu emploies le mot foyer, tu es déjà à l'écart du quartier. C'est comme si le foyer c'était un mot dont il fallait se méfier. C'est pour ça aussi que les gens de foyers se tiennent à l'écart, on ne sait pas ce qui va se passer. On habite à côté des gens, on aimerait bien les rencontrer, c'est comme ça qu'on est nous les Africains. Chez nous on se connaît tous, on mange tous ensemble... Déjà tu habites dans un foyer, comment tu vas faire pour aller rencontrer les gens ? Jamais on nous a proposé de faire quelque chose dans le quartier, et comme nous on ne connaît pas où aller, on reste comme ça »<sup>25</sup>*

Sur occupation, promiscuité, vie en commun, précarité, désocialisation, exclusion, bâti vétuste et insalubre... ont-ils une influence sur la santé des résidents ? Quel est l'accès effectif de ces personnes au système de soins ? Peut-on parler d'une maladie telle que le VIH/Sida, pathologie symboliquement chargée, alors que la plupart des résidents ont recours au système de santé seulement quand un symptôme handicapant les oblige ?

Si l'enclavement géographique et spatial est à relativiser en ce qui concerne les FTM parisiens<sup>26</sup>, peut-on dire que les foyers sont intégrés dans la ville ? Quid de leur interaction avec le tissu socio sanitaire et socio culturel de proximité ? Quel regard les résidents des foyers portent sur eux-mêmes et leur lieu de vie ?

Très peu de résidents s'estime le droit, les compétences et les connaissances pour prendre position ou affirmer leurs positionnements face à un « *toubab*<sup>27</sup> ». « L'autre, différent, blanc et français » sait toujours plus et mieux. Nombreux sont ceux qui ne s'estiment pas capables de porter un regard critique, et ce d'autant plus quand il s'agit de santé, domaine souvent conçu comme trop spécialisé pour pouvoir le remettre en cause. Pour certains migrants, il en est d'autant plus difficile qu'ils peuvent se dévaloriser et se juger mal placés pour donner leur point de vue. Nombreux sont ceux qui nous font part de leur manque d'instruction, et estiment que le système médical français « *est le bon et ne doit pas être remis en cause* »<sup>28</sup>.

Comparant le système français à celui, souvent insuffisant de leur pays d'origine, ils ne s'estiment pas le droit de porter un regard critique sur tout le domaine médical, ni sur eux-mêmes. Ils s'en remettent donc à leurs interlocuteurs, qui sont de fait, plus au courant et donc mieux placés pour pouvoir envisager la santé et leur santé. Dans ce contexte il est évident que « libérer la parole », « sortir du silence » pouvoir parler de sa santé et de difficultés d'intégration a tout son sens, notamment pour les nouveaux arrivants. Mais comment arriver à parler de santé et notamment du VIH/Sida alors que les priorités de survie sont ailleurs ? Comment intéresser les personnes à la prévention d'une maladie, qui si elle n'est pas dépistée et prise en charge rapidement peut être mortelle, alors que la hantise de la « mort sociale » provoquée par l'échec du projet migratoire est bien plus prégnante ?

---

<sup>25</sup> Entretien réalisé au Foyer Argonne. Septembre 2004.

<sup>26</sup> L'île de France est traditionnellement la plus importante région d'immigration de travailleurs étrangers. Elle comprend un très grand nombre de foyers de travailleurs migrants : plus de 250 foyers pour environ 55 000 places. Ces foyers sont implantés sur l'ensemble des départements de la région, notamment à Paris et en petite couronne qui au total en comptent actuellement les deux tiers.

<sup>27</sup> Toubab est le mot généralement utilisé dans les 3 pays du Bassin du Fleuve Sénégal pour désigner « le blanc ». Son épistémologie remonte à l'époque coloniale.

<sup>28</sup> Diagnostic médico-social des Foyers Lorraine et Riquet, 19<sup>ème</sup>. GRDR 2005.

D'une façon général, les résidents dans les FTM sont exposés à de nombreux facteurs de risque aux conséquences importantes qui s'expriment en termes de souffrance physique et psychologique. Ces facteurs sont liés à la surpopulation des foyers souvent anciens et hors normes, aux conditions de vie et de travail difficiles, à l'isolement affectif et sexuel.

Certains migrants originaires d'Afrique du nord, après une vie de travail pénible, vieillissent dans des foyers peu adaptés à leurs handicaps naissants.

D'autres, plus jeunes, originaires d'Afrique sub-saharienne et plus récemment arrivés, sont parfois atteints de tuberculose, de maladies respiratoires ou digestives aiguës, d'aggravation de pathologies importées...les difficultés de l'accès aux soins pour ces populations, souvent sans papiers, retardent la prise en charge de ces pathologies pourtant curables.

Sans une couverture maladie adaptée, la stratégie de soins mise en place par l'individu sera en fonction de ses possibilités financières, et donc aléatoire, et ce d'autant plus chez des personnes précarisées. Nombreuses sont les personnes consultant un professionnel selon la présence ou non d'une pathologie avérée. Le choix de consulter dépend alors de l'auto-évaluation qu'ils font de leur propre santé et de leur impression d'être malade. « *En France, vous consultez pour le moindre bobo, chez nous, ça passe* », ou encore : « *J'ai pas de papiers, donc je ne vais pas voir de médecin, quand on n'a pas de papiers, on n'a rien*<sup>29</sup>. »

Ainsi, quels que soit le type de suivi médical auquel les résidents adhèrent, le symptôme et la douleur sont les déclencheurs à une insertion dans un système de soins. L'échelle de gravité du symptôme est laissée au libre arbitre de l'individu, ce qui exclue une démarche préventive. En effet, c'est l'individu qui juge seul de son état de santé, et non un professionnel. La limite entre l'auto-évaluation et le recours à un professionnel est conditionné par la perception de la gêne occasionnée, la plupart du temps liée à la possibilité de travailler.

La plupart des résidents considère la santé comme un état de bien être général, souvent en lien avec le fait de « *bien manger et bien dormir* », « *d'être en forme* », « *de pouvoir faire ce que l'on veut* ». Tous reconnaissent qu'être en bonne santé est synonyme d'absence de maladie ou de douleur. Or, si cette conception de la santé correspond à la définition de l'OMS<sup>30</sup> les comportements d'accès aux soins ne sont pas pour autant en adéquation avec cette conception de la santé. La plupart attend un état de mal être physique, une douleur, une pathologie avérée avant de mettre en place des stratégies d'actions, tout en n'arrivant pas à formuler ce mal-être comme état de mauvaise santé. L'évaluation de la santé est donc davantage liée à la notion de gravité. La notion de mauvaise santé et la nécessité de mettre en place des stratégies de soins sont étroitement liées à l'impossibilité de conduire sa vie quotidienne. La notion de gravité du symptôme, quant à elle, est personnelle. Nombreux sont ceux qui se plaignant de douleurs : maux de gorge récurrent, problème dermatologique, difficultés de sommeil... Néanmoins, ces douleurs doivent être assez « graves » pour aller consulter un professionnel. Et même quand ce symptôme fait l'objet d'un diagnostic, le suivi est étroitement lié aux finances : « *je suis allé voir un médecin pour un mal de gorge, ça va pas mieux, mais je n'y retourne pas car là, je n'ai pas d'argent* » nous dit un résident. L'inactivité salariale est quant à elle vécue comme un double échec, tant au

---

<sup>29</sup> Diagnostic médico-social des Foyers Lorraine et Riquet, 19<sup>ème</sup>. GRDR 2005.

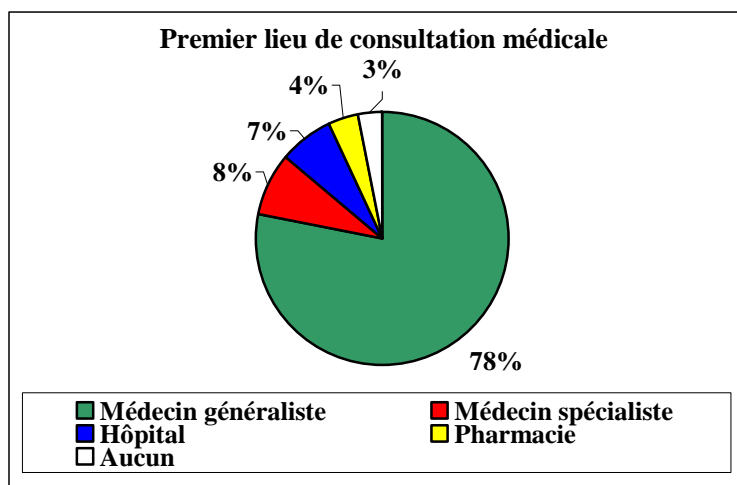
<sup>30</sup> « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »

niveau collectif qu'individuel. Outre le fait de les fragiliser davantage, cette situation les éloigne un peu plus de l'accès aux soins.

La maladie est donc corrélée à la notion de symptômes physiques et à la douleur, celle-ci devant être assez forte et handicapante pour nécessiter une prise en charge négligeant alors les maladies asymptomatiques, et ceux d'autant plus chez les personnes en situation administrative précaire ou irrégulière. Le recours aux soins est donc tardif surtout chez ces résidents.

Contrairement aux idées préconçues, les urgences hospitalières ne sont pas le premier des recours, et ceci, même pour ceux qui n'ont pas de couverture maladie. Encore une fois, le recours au soin va dépendre de leurs possibilités financières. Ils attendront d'avoir récolté suffisamment d'argent pour consulter un médecin et / ou aller à la pharmacie acheter les médicaments dont ils ont besoin. S'adresser directement à un pharmacien permet d'avoir un remède sans avoir à payer la consultation. Souvent, ils choisiront de ne pas se procurer l'ensemble du traitement si des éléments ne sont pas remboursés à 100%. Ceci est d'autant plus vrai pour la majorité qui ne bénéficie pas de mutuelle.

**Premier lieu de consultation médicale<sup>31</sup>**



Quel que soit le type de couverture sociale, les résidents du foyer consultent prioritairement un médecin de ville auquel ils sont fidèles. Cette pratique comporte pour les résidents connaissant mal l'organisation du système de soins et maîtrisant peu la langue française, l'avantage de la simplicité d'accès et la rapidité. La mauvaise maîtrise de la langue française est une fois de plus mise en avant mais pour des motifs différents. Cet obstacle a aussi des impacts sur l'utilisation des services de santé, et à une influence majeure, pouvant freiner l'établissement d'une bonne relation thérapeutique, d'une relation de confiance mais aussi et surtout d'une

<sup>31</sup> Diagnostic socio sanitaire Foyer de Drancy. GRDR. 2005.

Ce graphique est basé sur un échantillon significatif de 75 selon la méthode des quotas avec un contrôle de leur constitution sur quatre variables : l'âge, la nationalité, la situation professionnelle, la situation socio-administrative et la date d'installation au foyer.

bonne compréhension des enjeux de la maladie. Un nombre non négligeable de résidents nous a fait part de leurs difficultés à comprendre leur pathologie.

Que ce soit les Permanences d'Accès aux Soins et à la Santé (PASS), les Centre Médico- Sociaux (CMS), ou certaines associations (Médecins du Monde, le Comede...), il s'avère que très peu de personne connaît ce type de structure. Il est étonnant de constater que les informations relatives à ces dispositifs ne circulent pas au sein de ces foyers. Le bouche-à-oreille s'arrête quand la problématique devient personnelle. On ne parle peu ou pas de « sa » santé, ni de « ses » problèmes avec les autres résidents<sup>32</sup>.

Il faut noter que dans le contexte africain, il existe souvent des attitudes générales de rejet d'investir l'entretien du capital santé, liées à des représentations de la maladie : s'assurer ou payer d'avance pour se faire soigner attire la maladie. « *D'ailleurs on évite même de parler de maladie de peur de l'attirer* ». Dans la même logique, cotiser pour soi-même est antinomique avec la solidarité de réseau, qui suppose une disposition permanente à aider un groupe plus large.

La « quête d'une maladie » autorisant la délivrance d'un titre de séjour reste un phénomène marginal qui n'est pas pour autant à nier. Il faut s'interroger sur la perversité induite par un système qui reconnaît l'identité juridique des individus à travers une pathologie grave. Le maintien sur le territoire français de personnes confrontées à des situations administratives inextricables, au cours desquelles seul leur accès aux soins est possible, sans qu'aucun moyen ne soit prévu pour leur assurer des conditions de vie dignes (à commencer par le logement et l'emploi) soulève les limites du dispositif légal en vigueur.

Une polysémie de données montre que les populations migrantes ont un risque plus élevé de mauvaise santé en général et d'infection à VIH, en particulier. Le thème phare en santé publique sur le lien entre santé et migration a été le VIH/sida. En 1999, la publication des chiffres de séroprévalence, d'accès au dépistage et aux soins dans les populations étrangères résidant en France a marqué un tournant en santé publique. Comme l'a écrit Didier Fassin<sup>33</sup> : *cette officialisation « déplace la préoccupation centrale des autorités sanitaires du thème implicite d'un risque de contagion de la population française par des immigrants fortement infectés par le virus aux questions de lourd tribut payés par eux à la maladie, du retard au diagnostic de l'infection et de l'accès difficile au traitement : les étrangers ne sont plus vus comme vecteurs potentiels, mais comme victimes effectives ».*

Bien que le fait d'être migrant n'est pas en soi un facteur de risque, certaines activités et circonstances du processus migratoire peuvent être liées à une vulnérabilité accrue au VIH/Sida. La migration implique généralement une rupture des normes et traditions culturelles, une difficulté à interpréter et à accepter un nouvel environnement. Dans les sociétés où le discours public à propos de la sexualité est traditionnellement empreint

---

<sup>32</sup> De nombreux résidents nous disent : « *Nos problèmes, on n'en parle pas !* »

<sup>33</sup> Didier Fassin, « La santé des immigrants et des étrangers : méconnaissance de l'objet et objet de reconnaissance », in Joubert M ; Chauvin P (dir), « *Précarisation, risque et santé* », Paris, Inserm, 2001.

de réserve, et où le contrôle en la matière est strict, les personnes migrantes peuvent être conscientes ou non que leur comportement entre en conflit avec des normes publiques de leur communauté adoptive. Cette incohérence possible peut conduire à une non appartenance à la culture d'accueil, pouvant entraîner une réticence à avoir recours aux systèmes de soins de santé et aux services des professionnels qui s'occupent des programmes de prévention et de soins du VIH/Sida.

La vulnérabilité au VIH est souvent aggravée, lorsque l'on se retrouve à vivre et à travailler dans des conditions de pauvreté, d'impuissance et d'instabilité sociale. De telles circonstances pourraient nuire à la motivation et à la capacité individuelle de négocier le « sécurisexe ». Plusieurs populations mobiles n'ont pas accès à des services éducationnels, sanitaires ou sociaux ; peu d'individus sont peu ou pas disposés à demander l'aide médicale de peur d'être dénoncés ou expulsés.

Enfin, la migration en soustrayant l'individu de son cercle familial habituel, le place dans l'anonymat du milieu d'accueil. Ce nouvel environnement peut inciter le migrant à s'impliquer dans des rapports sexuels qui multiplient les risques et la vulnérabilité aux IST/VIH/Sida. Ces risques et vulnérabilités sont d'autant plus accrus que la migration est effectuée le plus souvent dans la solitude affective et sexuelle.

Parmi les résidents que nous avons rencontrés<sup>34</sup>, 96% disent avoir déjà entendu parler du VIH/Sida, et ce majoritairement par les médias, plus précisément via la télévision et la radio. Les associations et les professionnels socio-sanitaires, sont dans un second temps également évoqués comme étant les sources de leurs informations relatives à cette pathologie. 3% de notre échantillon n'a répondu à aucune question relative à cette thématique, mettant en avant le fait qu'ils ne comprenaient pas les questions : il s'agit exclusivement de personnes âgées. Enfin, une seule a affirmé ne pas croire en cette maladie.

Notons en tout premier lieu que le VIH/Sida est appréhendé par les résidents comme étant une maladie très grave. La gravité est à entendre ici dans son aspect fatal.

Le caractère mortel de la maladie est en effet clairement identifié par les résidents. Cet aspect est nécessairement lié à la particularité «*que c'est une maladie qui ne se guérit pas, qu'il n'y a pas de vaccin, et qu'on meurt vite* ». A ce titre, 80% de notre échantillon déclare avoir personnellement peur de cette maladie. L'idée que le sida est systématiquement associée à une mort rapide s'explique aussi par le fait que la prise en charge des personnes séropositives est loin d'être comparable à celle de la France, et que de nombreuses personnes séropositives en Afrique n'ont hélas pas encore accès aux traitements et que l'issue est pour un nombre conséquent d'entre eux fatale.

Ce ressenti est donc en premier lieu corrélé à la mort qui y est presque toujours associée ; cependant les raisons invoquées par les résidents concernant ce sentiment fort prégnant de peur face à cette pathologie sont dans une moindre mesure de l'ordre de la stigmatisation et de la discrimination vécue en cas de séropositivité.

*«C'est une mauvaise maladie, on te met de côté, tu n'existes plus et tu finis par mourir tout seul».*

---

<sup>34</sup> Diagnostic socio-sanitaire, Foyer de Drancy. GRDR 2005.

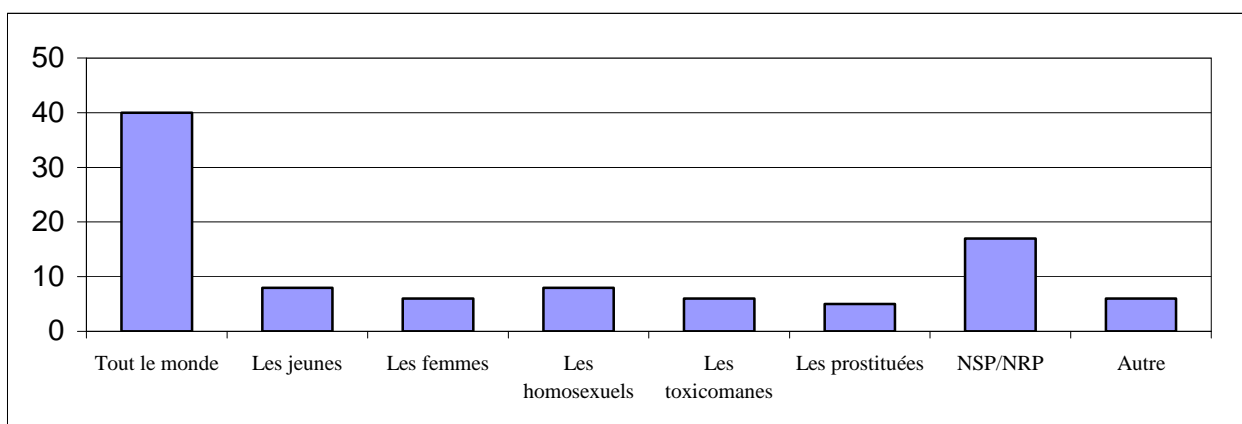
La mise en question de la gestion du risque nous apparaît d'autant plus pertinente que les résidents ont bien enregistré le risque mortel de la maladie. Il est intéressant de noter que les migrants du foyer qui déclarent de pas avoir personnellement peur de cette maladie (12% de l'échantillon), nous font part de *«leurs bonnes connaissances de la maladie, de se protéger comme il faut, et de ne pas se sentir concerné car ils ne font pas tout ça»*.

En ce qui concerne les traitements, bien que 58% des résidents déclarent avoir entendu parler des antirétroviraux, ils maîtrisent très mal ces aspects médicaux; que ce soit en terme de bénéfices des traitements, de l'existence des traitements d'urgence, ou de ceux pour réduire les risques de transmission au cours de la grossesse. L'aspect chronique de la maladie est peu identifié et on remarque une certaine incompréhension et une méconnaissance de la séropositivité. Le VIH et le sida sont pour la plupart des résidents la même chose.

La majorité des résidents rencontrés a déclaré ne pas connaître de personnes séropositives (les résidents qui déclarent le contraire -18% de notre échantillon- sont majoritairement originaire d'Afrique subsaharienne et connaissent ou ont connu des personnes malades dans leur pays d'origine). En conséquence, nous pouvons entendre les représentations, de la majorité d'entre eux, comme détachées d'une réalité tangible ou d'expérience de confrontation et de rencontre à l'autre infecté. A ce titre, il est intéressant de noter que près de 20% des résidents questionnés pensent que l'on reconnaît par des signes extérieurs une personne porteuse du virus. Il s'agit donc pour eux d'une maladie visible : ces résidents font alors référence au fait que le VIH/Sida à des répercussions sur l'extérieur du corps, qu'il s'agit d'une maladie visible et lisible physiquement: elle est souvent associée à l'apparition de boutons, d'un amaigrissement considérable, et d'une forte fatigue. Bien que 40% pensent qu'il n'est pas possible de connaître le statut sérologique d'une personne par son seul aspect physique, « le fait de se sentir bien », d'être actif et non fatigué est souvent mis en avant comme garant de bonne santé et de non contamination. Cette visibilité-lisibilité ou son contraire semble de façon générale faire office de diagnostic.

Concernant les représentations des résidents relatives aux personnes qui présentent le plus grand risque d'exposition face au VIH/Sida, il n'existe pas réellement de portrait type présentant le plus de risque. Le graphique ci-dessous illustre les principales catégories d'individus considérés comme les plus exposées à la pathologie VIH.

Personnes les plus exposées au VIH/Sida, selon les résidents



La majorité des résidents déclare que tout le monde encourt le même risque face au VIH/Sida. Les catégories les plus souvent citées sont par la suite et ce par ordre quantitatif les jeunes, les homosexuels, les femmes et les toxicomanes. Dans la catégorie « Autre », se trouvent principalement les hommes qui fréquentent les prostituées et les célibataires. Notons qu'un nombre important de résidents a dit ne pas savoir quelles sont les personnes les plus exposées. Une part importante des migrants répondant « tout le monde » précise qu'il s'agit, indépendamment du sexe ou de l'âge de personnes qui vont « à gauche à droite et qui ne sont pas sérieux ».

Un comportement transgressif est identifié comme étant à la base de la contraction de la pathologie. On retrouve l'adoption d'une activité sexuelle « déviante ». Il apparaît pour certains résidents que la personne infectée est en grande partie responsable de sa maladie. Dans leurs représentations, les pratiques sexuelles, plus que la voie sanguine sont les principales sources d'infection.

Bien que la non utilisation du préservatif lors des rapports sexuels, est considérée comme un facteur de risque, la contamination par le virus semble être liée, dans les représentations à une sexualité déviante plus qu'à l'absence de protection. La causalité associée à la maladie n'est donc pas toujours tant l'absence de protection par négligence ou inconscience que l'adoption d'une sexualité déviante.

Les notions de fatalisme ou de « maladie-malédiction » n'ont été que peu évoquées. Cependant, quelques habitants du foyer ont fait référence à la maladie comme résultante d'une mauvaise vie, d'une désobéissance des commandements de Dieu. « *Un bon fidèle n'est pas concerné par le Sida* ».

La personne infectée n'a pas respecté les lois divines et par conséquent est punie. A ce titre, quant à la perception du risque, certains résidents ne se sentent pas concernés mettant en avant qu'ils respectent leur religion qui leur interdit d'avoir des rapports sexuels hors mariage. Ce dernier semble être considéré comme une barrière à la contamination.

Bien que la majorité des résidents affirme avoir peur du VIH/Sida, on constate une importante mise à distance du risque, comme étant propre aux personnes non fidèles et à la sexualité « déviante ». Cette conception de la maladie peut donner un sentiment d'immunité.

La déclaration d'attitudes d'exclusion envisagées vis-à-vis des personnes séropositives est relativement faible. Bien que près 36% des résidents pense qu'il soit dangereux de vivre avec une personne séropositive- ce ressenti peut s'expliquer en grande partie par les fausses croyances relatives aux voies de transmission et qu'il s'agit d'une maladie contagieuse - la majorité pense qu'il est nécessaire de les soutenir. 59% des résidents pensent qu'une personne séropositive doit parler de sa maladie à son entourage le plus proche. Néanmoins, dix résidents pensent qu'il faut garder « *ça secret* » par crainte d'exclusion ou de peur de l'environnement proche, deux pensent qu'il faut « *virer de la famille* » la personne malade.

Les principaux modes de contamination sont connus par la majorité des résidents. Ces derniers citent respectivement à 75%, 70 et 64% les relations sexuelles, la voie sanguine, la transmission verticale comme principales sources de transmission. Ces différents modes de transmission sont connus mais ne semblent pas toujours bien compris. « *J'ai entendu qu'on attrape comme ça mais je sais pas où est le... c'est un virus, c'est ça ?* ». A ce titre plusieurs personnes s'interrogeaient sur la présence ou non de virus dans les sécrétions sexuelles.

Les résidents ayant déclaré ne pas bien connaître la maladie et ses voies de transmission sont malgré tout nombreux. C'est pourquoi, de façon générale, on constate des connaissances moyennes de l'infection et des modes de transmission qui montrent l'intrication entre connaissances et fausses croyances.

Certains comportements qui ne présentent pas ou peu de risque (boire dans le même verre qu'une personne séropositive...) sont ici considérés comme dangereux. Près de 35% de notre échantillon pense que la transmission du VIH/Sida peut avoir lieu via le partage d'un même verre ou d'une même assiette, 13% pense également que serrer la main d'une personne séropositive peut également être source de contamination. Il n'est donc pas surprenant de constater que pour 36% de notre échantillon, vivre à côté d'une personne malade est source de danger vis-à-vis de cette pathologie.

Parallèlement il est important de noter que, pour de nombreux résidents, les actes de la vie quotidienne qui peuvent laisser supposer un contact avec le sang d'une autre personne sont identifiés comme sources potentielles de transmission. C'est ainsi que pour 40% des résidents rencontrés, les piqûres de moustique sont considérées comme voie de transmission, de même que le partage de rasoir ou de brosse à dents dans des proportions encore plus importantes.

Le VIH/Sida est donc considéré comme une maladie transmissible et aussi contagieuse. C'est pourquoi de nombreux migrants du foyer font notamment part de craintes qui n'ont pas lieu d'être.

Pour diminuer les risques de contamination du VIH/Sida, les résidents évoquent comme moyens de protection les plus efficaces : le port du préservatif, le test de dépistage et la fidélité. Malgré le fait que les préservatifs soient considérés comme le meilleur moyen de protection, on constate une attitude parfois sceptique sur son utilité et son efficacité. Certains résidents nous font part de leur méfiance vis-à-vis de ce moyen de prévention : ils ne leur paraissent pas sûrs car ils sont fragiles et peuvent se rompre. A ce titre, 20% pense que les rapports

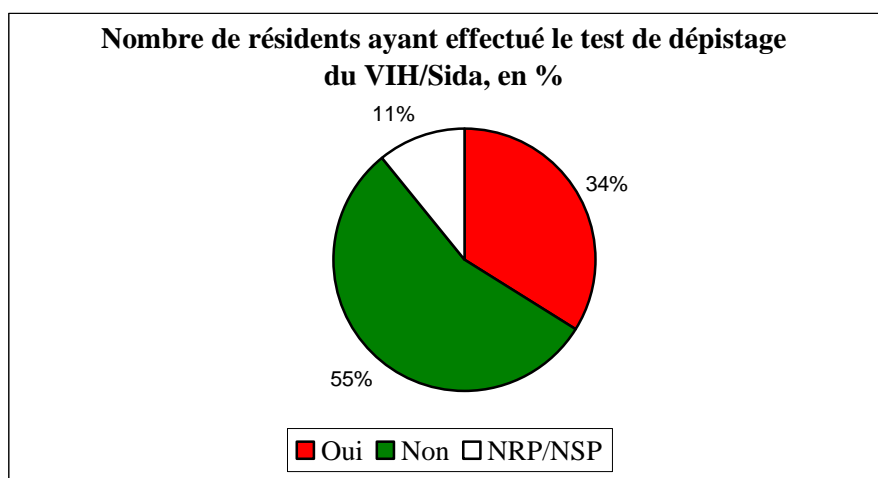
sexuels avec préservatif sont susceptibles de transmettre le VIH. Le fait d'avoir peu de partenaire représente également pour 22% de notre échantillon une façon de se protéger.

A un pourcentage égal, le fait de s'en remettre à Dieu, de prier est considéré comme un moyen d'éviter la maladie. Les préceptes religieux sont souvent présentés comme agissant et guidant la vie quotidienne, dans une position souvent morale et moralisante. Les discours moralisateurs s'imposent comme « bons à dire et bons à penser ». Toute discussion sur des maladies qui touchent à la sexualité se trouve d'emblée confrontée à un discours qui tient place d'un fin de non recevoir. Il faut donc trouver des moyens pour franchir le mur de silence qu'entoure ce sujet et pour dépasser le stade de l'échange impossible.

La toilette intime après un rapport sexuel apparaît également pour 12% des résidents être un moyen de protection efficace.

Enfin, l'abstinence a été évoquée par des résidents comme étant le moyen le plus sûr. Ces derniers faisaient part du fait de n'avoir aucune relation sexuelle en France « *le mieux c'est de pas du tout toucher de femmes, même si c'est long et d'attendre de retourner au pays, pour faire ça avec sa femme* ».

59% de notre échantillon estime le recours au test de dépistage comme l'un des principaux moyens de protection du VIH



Comme nous pouvons le constater la majorité des résidents (55%) n'a jamais effectué de test de dépistage. On remarque malgré tout que plus d'un tiers de notre échantillon y a eu recours au moins une fois dans leur vie.

11% d'entre eux n'a pas voulu ou n'a pas su répondre à cette question. Bien que nous ne leur demandions pas le résultat en cas de test effectué, deux résidents nous ont dit qu'il s'agissait de quelque chose de trop personnel. Il est important de souligner que certains résidents ne savaient pas si dans le cas d'examen sanguins généraux le test VIH leur avait été prescrit.

Parmi les personnes ayant eu recours au test, 40% déclare l'avoir fait volontairement, 24% l'ont effectué à la demande d'un professionnel socio-sanitaire ou de quelqu'un de leur entourage, et 24% ont été obligé de le faire (dans le cadre du service militaire de leur pays d'origine).

Parmi les personnes ayant répondu ne jamais avoir fait un test de dépistage, les raisons invoquées sont diverses, on remarque cependant que le fait de ne pas se sentir concerné est le premier argument donné, il concerne en effet 54% d'individus. Le second (15%) est selon leurs dires dû au fait que leur médecin traitant ou tout autre professionnel socio-sanitaire ne leur a pas proposé de le faire et que « *c'est eux qui savent si je dois le faire ou pas, moi je sais pas* ». Enfin 24 % dit ne pas vraiment savoir la raison pour laquelle ils n'ont jamais fait de test.

De façon général, on remarque que seule la tranche d'âge la plus âgée (> ou égal à 66 ans) n'a pas effectué de test de dépistage, ces derniers ne se sentant pas concernés et partent du principe qu'il s'agit davantage d'une pathologie qui touche les jeunes. Parallèlement, on constate que parmi les résidents ayant effectué un test de dépistage, les divorcés sont surreprésentés, et représentent avec les célibataires et les veufs quasiment 50% de ceux ayant effectué un test de dépistage.

On peut penser que la perception du risque est plus importante chez ces personnes que celles étant mariés.

La perception individuelle du risque vis-à-vis du VIH n'est pas très importante. Bien que la majorité des résidents aient peur de cette maladie, le fait qu'ils l'associent souvent aux personnes ayant une sexualité « déviante » semble les mettre à distance d'un risque personnel. Parallèlement le refus et la distance vis-à-vis d'une information, ou d'une pratique comme le recours au test de dépistage peut également venir de réelles attitudes protectrices du risque comme la fidélité ou l'abstinence.

Ne leur ayant pas posé de questions relatives à leurs pratiques sexuelles et aux moyens de protection qu'ils utilisaient, il ne nous est pas possible d'affirmer que les résidents du foyer sont particulièrement un public à risque face à cette pathologie au regard de leurs pratiques.

Ce qui est certain est que les résidents, célibatairisés de fait par leur migration, éloignés donc de leur famille et de leur(s) femme(s) vivent très souvent une grande solitude affective et sexuelle. Un certain nombre d'entre eux nous ont fait part de cette difficulté et pour certains de leurs envies de rencontrer des femmes. Quelques résidents se demandaient même si le fait de ne pas avoir de rapports sexuels pouvait avoir des conséquences sur leur état de santé. Parallèlement la prostitution existe au foyer, bien qu'elle soit très mal acceptée.

Concernant ces fausses croyances relatives aux modes de transmission, bien qu'il ne nous soit pas possible de faire une analyse comparative avec les enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practises) menées en France, on remarque que les idées erronées que peuvent avoir certains résidents sont de même nature que celles qui ressortent de ce type d'enquête. Par contre, le sentiment d'être abusés, stigmatisés par les actions de prévention au sein des foyers, sont souvent cités comme un obstacle majeure à leur impact.

Ainsi, les résidents constatent que de nombreux travailleurs sociaux « passent », que des actions s'effectuent, mais « *mais que ça ne change rien. Il n'y a jamais rien qui change* », et gardent une impression d'échec, de désenchantement, voire d'être abusés<sup>35</sup>.

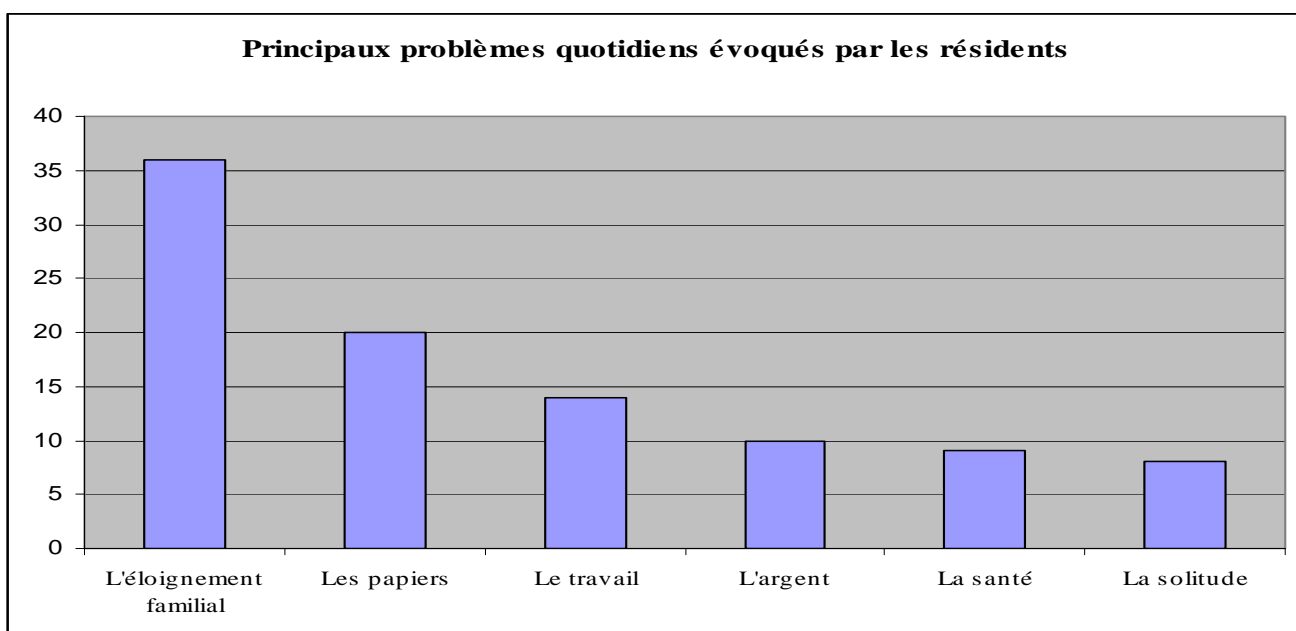
---

<sup>35</sup> Idem

Le même sentiment de frustration est fait par les acteurs socio sanitaires. Si le désir d'agir, si les actions mises en place au sein des foyers peuvent être nombreuses, la difficulté d'entrer dans les foyers, de rendre les actions pérennes et efficaces sont mises en avant.

Il s'agit alors de ne pas dissocier des actions de prévention VIH/sida d'une approche plus globale de santé publique. Et chercher à donner du sens dans le quotidien des foyers...

*« La santé ? C'est le prix du mil qu'augmente, c'est nourrir la famille là bas...La santé c'est pouvoir travailler ici pour envoyer de l'argent là bas...<sup>36</sup> »*



Différents facteurs se croisent et influencent l'accès individuels aux soins.

Le premier est la possibilité d'avoir une couverture maladie répondant ainsi au souci financier. Le second est la connaissance des dispositifs existants correspondant au mieux à ses besoins et à ses possibilités. Le troisième porte sur les représentations ; elles influencent les trajectoires thérapeutiques. La situation socio administrative détermine la prise en charge globale de la maladie: *« si t'as pas de papier, t'as pas d'argent et donc tu ne peux pas te faire soigner »*.

Sans une couverture maladie adaptée, la stratégie de soins mise en place par l'individu sera fonction de ses possibilités financières, et donc aléatoires et d'autant plus chez les personnes précarisées. La faible capacité financière des résidents est vécue comme étant la principale barrière à l'accès aux soins. Ainsi, notons le nombre

<sup>36</sup> Entretien réalisé au Foyer Argonne, novembre 2004.

important de personnes sans mutuelle complémentaire<sup>37</sup>, couverts par l'aide médicale d'état ou qui n'ont aucune couverture maladie.

Il s'agit alors de faire face à un paradoxe : le recours aux soins est tardif car peu d'entre les résidents du Foyers disposent de la sécurité sociale. Alors qu'ils passent entre les mailles du système social et sanitaire, du fait de leurs situations de vie précaires, ils sont les plus exposés aux risques sanitaires. Mais avant de résoudre la quadrature du cercle, un autre paradoxe s'impose : alors qu'un grand nombre de résidents fait état de pathologies avérées, parallèlement il se dise être en bonne santé. Avant de parler de la santé il faut donc « décomposer » le sens même que les migrants donnent à la santé et à la maladie, il faut accepter la réalité d'en revenir à accepter l'idée prégnante du « corps machine de travail » qui affiche les stigmates du labeur comme un « gage de réussite du projet migratoire ». A partir de là, la santé devient synonyme de « *avoir des papiers et pouvoir travailler en France* ». Dans l'impossibilité de répondre à ce besoin et de celui qui en découle « *On est ici pour travailler et envoyer de l'argent au pays. La santé pour nous est pouvoir nourrir les familles restées au village* », il faut se donner le temps d'écouter le désarroi, de déconstruire le malaise social et identitaire, avant de pouvoir commencer à reconstruire, ensemble, un projet de prévention.

Il ne s'agit pas de dire que parler de la santé, de la maladie et notamment du VIH/Sida soit chose aisée dans des contextes tels que les FTM. Pudeur, intimité agressée, sentiment d'être considérés comme un public à risque, représentations d'une maladie chargée symboliquement et qui touche à la sexualité et à la symbolique du sacré... ont toujours été des facteurs compliquant les actions de prévention auprès des migrants. Néanmoins, la longue expérience du GRDR en la matière, nous permet d'affirmer que, malgré les obstacles cités, les migrants sont des acteurs de santé sur le double espace de la migration, et que via la valorisation de leurs compétences et savoirs, briser le silence autour de cette pathologie est possible<sup>38</sup>. La réalisation des nombreuses études, actions de formation et de prévention confirment cet état de fait.

Si parler du VIH/Sida, proposer des actions de formation et de prévention, au sein des FTM est possible, voire plus facile que prévu, associer les deux termes de « immigration et sida » reste une question délicate, puisqu'elle implique de s'avancer simultanément sur un terrain qu'on sait piégé, politiquement et idéologiquement.

Les données épidémiologiques concernant cette population sont, depuis quelques années, "disibles" voire affichées de façon ostentatoire pour justifier des actions ciblées. Paradoxalement la récente transparence sur le taux de séroprévalence des immigrés occulte les inégalités socio sanitaires dont ils sont victimes.

Certes, les inégalités face à la santé proviennent d'abord de ce que les étrangers sont sur-représentés parmi les catégories défavorisées et de ce que leurs conditions de vie et d'habitat sont plus précaires que la moyenne de la population vivant en France. Mais, outre qu'il n'est pas superflu de constater cette sur-représentation, il est

---

<sup>37</sup> Les motifs évoqués à la non adhésion à une mutuelle complémentaire sont le coût dépassant souvent le budget des résidents. La majeure partie des personnes ayant une mutuelle complémentaire sont celles qui exercent une activité salariale leur permettant dans le cadre de leur travail de souscrire obligatoirement à une complémentaire. Ce qui est donc déduit ou prélevé directement sur le salaire. Et le plus souvent, ce sont des mutuelles à plus bas prix.

<sup>38</sup> Depuis 11 ans le GRDR intervient dans le FTM et réalise des outils de prévention et d'information sur le VIH/Sida avec les migrants d'origine subsaharienne.

également vrai que, même à statut socio-économique égal, les étrangers sont victimes de formes de discrimination spécifiques, liées par exemple à l'absence de titre de séjour, à des comportements racistes, à la méconnaissance des institutions, qui rendent plus malaisé l'accès aux soins...

Sur le plan de l'action, ensuite, on renonce à une approche cohérente en se contentant de mettre en place des interventions simultanées, ciblées, sectorisées qui ont souvent comme effet celui de renforcer la stigmatisation. Les professionnels de santé qui interviennent dans les FTM dans des actions de prévention VIH/Sida sont à la fois acteurs et victimes du flou qui entoure le monde de la prévention : chaque secteur est renvoyé à lui-même. Il n'existe pas de cadre fédérateur pour l'action, ni de politique globale pour la prévention.

L'urbanisme joue un rôle important dans les mécanismes de productions de conduites de repli identitaire. Les FTM sont l'exergue de la maille urbaine d'enclavement spatial et social, source de stigmatisation et d'image de soi dévalorisante. Les espaces privés propices à la construction de l'identité sont fragilisés. De la fragmentation spatiale à la discrimination sociale, il n'y a qu'un pas.

Avant de pouvoir réfléchir à une politique sanitaire adaptée à ce contexte il faut se donner les moyens d'analyser un mal structurel : quelle est la place de la promotion de la santé auprès d'un public en grande difficulté sociale et dans des logiques de survie ? Comment mettre en place des actions sanitaires sans intervenir sur d'autres thématiques tout aussi vitales que celles de l'insertion, du logement, de la citoyenneté et de l'accès aux droits, dans sa globalité ? Une approche fragmentée peut-elle être réellement efficace, ou ne sera-t-elle alors que synonyme de saupoudrage ?

Notre étude montre que la prévention n'atteint pas les publics invisibles flottant dans un vide institutionnel. Les acteurs socio-sanitaires, qui travaillent avec les résidents des FTM, se confrontent tous les jours à leurs limites face aux caractéristiques de leur public : comment faire adhérer à leur logique de « promotion de la santé et de prévention » des personnes qui n'ont pas ou peu de lien social ? Il nous resterait alors plus qu'à reconnaître la souffrance et notamment le sentiment d'injustice ressenti par les personnes, plutôt que les accompagner à identifier les déterminants de santé...

Nous sommes pris au piège dans une situation à la fois très simple et très complexe : pour prévenir de telles situations il faut agir sur les déterminants sociaux et économiques. Mais comment agir quand les politiques sanitaires, d'immigration, d'emploi et d'urbanisme ne sont pas en adéquation avec les besoins des individus ?

Il est de notre devoir de dénoncer une situation complexe tout en continuant à travailler avec les individus, les groupes, pour renverser les perceptions négatives, les défiances et les rejets qui renforcent la spirale de l'exclusion. Il s'agit de rechercher la participation du public, l'implication des groupes pour comprendre les situations et avancer dans leurs résolutions. Pour cela il faut savoir valoriser et reconnaître chez les personnes leur utilité sociale, leurs compétences : l'ancrage dans des dynamiques locales est donc fondamental.

Il s'agit aussi de pouvoir comprendre le « monde qu'on veut soigner », de savoir reconnaître ses savoirs et contributions en matière de santé, mais il faut aussi et surtout comprendre le sens qu'a pour ces migrants le monde dans lequel nous avons la prétention de « les intégrer ».

Le paradigme biomédical porte exclusivement sur les corps biologiques, alors que ce sont aussi les corps sociaux et politiques qui sont concernés par le mal- être...

Pour que les rencontres entre « la santé » et les gens qui résident dans les foyers ne soient pas un rendez- vous manqué, la possibilité de voir émerger un dialogue et des échanges multidirectionnels et réflexifs entre partenaires égaux est à promouvoir. Ebranler la forteresse des vérités biomédicales, sur lesquelles reposent les savoirs médicaux, laisser la porte ouverte à la possibilité d'une interaction profitable à ceux qui ne peuvent et ne savent pas emprunter les chemins des soins est déjà le premier pas pour œuvrer à la « reconnaissance de la diversité culturelle comme fondement de la démocratie<sup>39</sup> ».

---

<sup>39</sup> A. Mattelard, « *Diversité culturelle et mondialisation* ». Paris. Editions La Découverte. Coll. « Repères », 2005, page 59.