

## **AVANT-PROPOS et REMERCIEMENTS**

Soit un interne en médecine générale qui décide de s'intéresser à la santé publique sous l'angle de la prévention, une recherche infructueuse de directeur de thèse pour une étude sur l'éducation nutritionnelle en milieu scolaire en Guadeloupe, et ma rencontre avec le Dr Goerger-Sow, qui m'aiguille finalement vers une autre problématique : « migrants et sida », et me propose de dresser un état des lieux de la prévention du VIH en direction des migrants en Guadeloupe.

A partir de là commence un long chemin, jalonné par de nombreuses expériences inédites, et qui se termine par la rédaction de cette thèse.

« Mais pourquoi une thèse de santé publique pour un futur médecin généraliste ? » : m'a-t-on souvent demandé.

Une seule réponse à cette question : le souci de mieux maîtriser l'aspect préventif des soins primaires afin de le valoriser plus tard dans ma pratique quotidienne de médecin généraliste.

Après plus d'un an et demi d'efforts, je tiens à remercier tous les gens qui m'ont permis de mener à bien ce travail :

Dr Goerger-Sow Marie-Thérèse, ma Directrice d'étude, qui m'a apporté toute son expérience acquise durant ses 15 années d'engagement sur le terrain de la lutte contre le VIH en Guadeloupe, m'a supporté tout du long, et a résisté à mes doutes et mes incertitudes.

Tous les membres de mon jury, avec un remerciement spécial pour le Pr Couppié Pierre, qui m'a donné des clés indispensables pour terminer mon travail.

Pr Hélène-Pelage, responsable du D.E.S. de Médecine Générale en Guadeloupe, qui m'a toujours soutenu dans mon parcours de formation en santé publique.

Sans oublier toutes les personnes que j'ai pu solliciter durant l'enquête : professionnels de santé, acteurs associatifs de terrain (ENTRAIDE GWADLOUP' en tête), agents administratifs sanitaires, sans qui je n'aurais pas pu faire ce travail.

D'autre part je tiens à saluer de nombreuses personnes qui m'ont toujours soutenu dans ce travail et dans mes diverses entreprises durant ces 13 années d'études médicales :

Toute ma famille, à commencer par Alice, ma femme et plus fidèle supportrice, Nina, ma première fille et plus fidèle perturbatrice, puis à mes parents, ma « sista », yo et jaja, mayi, Manolo que j'ai jamais connu, et enfin à Lidou et Nicole pour leurs petits plats dans la dernière ligne droite,

Pleins de copains : Hervé Clayment le capitaine, Jean Stok (et ma filleul), tonton michette et marie Caf pour leur hospitalité, le kuntz et ses magic fingers, les limougeauds, les « quadras » de Gwada et d'ailleurs, la bande des canéjanais et consorts, la banda du Club et de Los Teoporos, tous les copains de fac et futurs confrères du grand sud ouest, et tous les archiconnais,

et les incontournables de l'Université Bordeaux 2 Victor Segalen : Philippe Leicht, Hervé, Stéphane de la cafèteria, Manuela et ses jetons Zanussi, Christie Daros, Gérard...

# **SOMMAIRE**

## **SOMMAIRE**

## **TABLE des MATIERES**

## **TABLE des ILLUSTRATIONS**

## **LISTE des ABREVIATIONS**

## **INTRODUCTION**

## **METHODOLOGIE**

## **RESULTATS**

**1** : Étude des ressources structurelles et humaines impliquées dans le dispositif de l'organisation du VIH en Guadeloupe

**2** : Description du matériel et des méthodes de prévention utilisés en direction des migrants

**3** : État des lieux des moyens d'action de prévention mis en oeuvre en direction des migrants en Guadeloupe

**4** : Recueil de l'opinion des acteurs sur les obstacles et les pistes d'amélioration

## **DISCUSSION**

## **CONCLUSION**

## **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## **ANNEXES**

## **BIBLIOGRAPHIE et SITOGRAPHIE**

## **TABLE des MATIERES**

<b>SOMMAIRE</b> .....	3
<b>TABLE des MATIERES</b> .....	4
<b>TABLE des ILLUSTRATIONS</b> .....	11
<b>LISTE des SIGLES ET ABREVIATIONS</b> .....	12
<b>INTRODUCTION</b> .....	15
<b>MATERIEL et METHODOLOGIE</b> .....	21
<b>1. MATERIEL D'ÉTUDE</b> .....	22
1.1 Définition de la population étudiée.....	22
1.2 Définition des thèmes étudiés.....	22
1.3 La grille d'entretien.....	23
<b>2. METHODOLOGIE DE TRAVAIL</b> .....	24
2.1 Collecte des données.....	24
2.2 Saisie des données.....	24
2.3 Plan d'analyse.....	25
2.3.1 La définition des variables.....	25
2.3.2 L'analyse des données.....	26
<b>RESULTATS</b> .....	27
<b>1. ETUDE DES RESSOURCES STRUCTURELLES ET HUMAINES IMPLIQUEES DANS LE DISPOSITIF D'ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LE VIH EN GUADELOUPE</b> .....	27

1.1	Identification des ressources structurelles et humaines de la lutte contre le VIH en Guadeloupe.....	27
1.1.1	Un réseau à 4 pôles.....	27
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle institutionnel sanitaire</li> <li>• Pôle individuel socio-sanitaire</li> <li>• Pôle communautaire socio-éducatif</li> <li>• Pôle environnemental</li> </ul>	
1.1.2	Des acteurs pluridisciplinaires.....	33
1.1.3	Tableau récapitulatif de l'identification des ressources structurelles et humaines impliquées dans la lutte contre le VIH en Guadeloupe.....	36
1.2	Focus sur le rôle des principales structures impliquées dans la prévention du VIH en direction des migrants.....	39
1.2.1	Le pôle institutionnel sanitaire : décision, organisation (élaboration, mise en œuvre et évaluation de programmes), financement de projets.....	39
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le GRSP</li> <li>• La DSDS</li> <li>• Le COREVIH</li> </ul>	
1.2.2	Le pôle individuel socio-sanitaire : soins (traitements et suivi), dépistage, et prévention individuelle du VIH.....	40
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• les CIDDIST – CDAG</li> </ul>	

- les CPEF
- les cabinets de médecine libérale
- les associations médico-sociales

1.2.3 Le pôle communautaire socio-éducatif : prévention communautaire, aide à l'insertion, soutien communautaire.....43

- les associations de prévention
- les associations d'aide à l'insertion
- les associations de soutien communautaire

1.2.4 Le pôle environnemental : législation, droits essentiels et militantisme.....47

- les institutions
- les associations

1.2.5 Schéma récapitulatif.....49

**PARTIE 1 : SYNTHÈSE.....50**

**2. ETUDE DU MATÉRIEL et DES MÉTHODES DE PRÉVENTION DU VIH UTILISÉS EN DIRECTION DES MIGRANTS.....51**

2.1 Matériel de prévention utilisé.....51

2.1.1 Objectifs et Contenu des messages de prévention diffusés.....51

- Apporter du savoir : informer
- Améliorer le savoir être : faire réfléchir
- Renforcer le savoir faire : inciter à l'action

2.1.2	Revue des outils et supports de prévention du VIH utilisés par les acteurs.....	54
2.1.2.1	Les outils d'information du VIH.....	54
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les outils grand public</li> <li>• Les outils spécifiques destinés aux migrants</li> </ul>	
2.1.2.2	Les outils d'animation de groupes.....	56
2.1.2.3	Le préservatif.....	57
2.1.2.4	Le test de dépistage du virus.....	58
2.2	Méthodes de prévention du VIH employées par les acteurs.....	59
2.2.1	La prévention individuelle.....	59
2.2.2	La prévention communautaire.....	61
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atelier santé</li> <li>• Formation de relais</li> <li>• Actions de sensibilisation</li> <li>• Communication par les médias</li> <li>• Théâtre</li> </ul>	
2.2.3	Méthodes indirectes.....	65
<b>PARTIE 2 : SYNTHESE.....</b>		<b>67</b>
3.	<b>ETAT DES LIEUX DES MOYENS D'ACTION DE PRÉVENTION MIS EN OEUVRE EN DIRECTION DES MIGRANTS EN FONCTION DES METHODES EMPLOYEES.....</b>	<b>70</b>

3.1 Place des migrants dans l'activité de prévention individuelle des structures de soins.....	70
• Les CIDDIST-CDAG	
• Les CPEF	
• Les cabinets de médecine libérale	
• Les associations médico-sociales	
3.2 Revue des programmes de prévention communautaire destinés aux migrants/étrangers.....	72
• Les ateliers santé	
• La formation de relais	
• Actions de sensibilisation	
• Communication par les médias	
3.3 Les moyens d'action indirects.....	77
• L'évaluation des actions	
• La formation spécifique	
• La recherche scientifique	
• L'ouverture vers les pays de la Caraïbe	
• Des mesures institutionnelles sanitaires	
• Le militantisme	
<b>PARTIE 3 : SYNTHESE.....</b>	<b>84</b>

<b>4. RECUEIL DES OPINIONS DES ACTEURS SUR LES OBSTACLES RENCONTRÉS DANS LEUR TRAVAIL ET SUR LES PISTES D'AMÉLIORATION À PROPOSER.....</b>	<b>86</b>
4.1 Obstacles en rapport avec la qualité du travail de prévention effectué : l'AUTO-CRITIQUE des acteurs.....	87
• Réseau structurel non fonctionnel	
• Des messages et des outils de prévention mal adaptés aux spécificités des migrants	
• Un problème de sensibilisation de la communauté haïtienne	
4.2 Obstacles en rapport avec un environnement défavorable.....	93
• Des difficultés administratives quotidiennes sur fond de discrimination	
4.3 Obstacles en rapport avec la population migrante/étrangère elle-même : une vulnérabilité multi factorielle .....	96
• Des connaissances/attitudes/pratiques insuffisantes	
• La précarité importante	
• Des comportements sexuels à risques	
<b>PARTIE 4 : SYNTHESE.....</b>	<b>100</b>
<b>SYNTHESE GLOBALE.....</b>	<b>103</b>
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>105</b>

<u>A</u> – VERS LA MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME RÉGIONAL DE PRÉVENTION EN DIRECTION DES MIGRANTS.....	105
<u>B</u> – VALIDITÉ DE L'ENQUETE.....	107
<u>C</u> – UNE MÉTHODOLOGIE DÉJÀ ÉPROUVÉE, MAIS INSUFFISANTE..	108
<u>D</u> – COMMENTAIRES, RÉFLEXIONS ET PROPOSITIONS RELATIVES AUX CINQ PRINCIPAUX RÉSULTATS OBSERVÉS DURANT L'ENQUÊTE.....	110
<u>E</u> – ÉBAUCHE DU PROGRAMME REGIONAL PROPOSÉ.....	124
<b>CONCLUSION</b> .....	129
<b>ANNEXES</b> .....	130
Annexe 1 : Grille d'entretien.....	131
Annexe 2 : Grille d'exploitation.....	134
Annexe 3 : Liste des membres du bureau du COREVIH.....	135
Annexe 4 : Projet FORCES en direction des migrants/étrangers.....	136
Annexe 5 : Projet ENTRAIDE en direction des prostituées : résumé.....	138
Annexe 6 : Étude DSDS : fiche synthétique.....	141
Annexe 7 : Projet PANCAP : extrait du projet.....	144
Annexe 8 : Formation CRIPS.....	148
Annexe 9 : ABSTRACT.....	151
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	152
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	156
<b>SITOGRAFIE</b> .....	158
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....	160

## TABLE des ILLUSTRATIONS

### FIGURES

Figure 1 : répartition graphique des acteurs rencontrés en fonction de leur compétence professionnelle et/ou responsabilité dans leur structure.....35

Figure 2 : représentation schématique de la répartition des rôles de chaque pôle dans le dispositif d'organisation de la lutte contre le VIH en Guadeloupe.....39

### TABLEAUX

Tableau 1 : tableau récapitulatif des structures identifiées et des acteurs rencontrés.....36

Tableau 2 : tableau récapitulatif des outils d'information du VIH utilisés par les acteurs en direction des migrants/étrangers.....49

## **GLOSSAIRE**

### **LISTE des SIGLES ET ABREVIATIONS**

ACT'UP : association nationale de lutte contre le VIH

ACSE : Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Egalité des chances

AIDES : association nationale de lutte contre le VIH

AIH : Association des Immigrés Haïtiens

AME : Aide Médicale d'État

ANAEM : Agence Nationale de l'Accueil des Étrangers et des Migrations

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida

ARCAT : association nationale de lutte contre le VIH/SIDA

ARV : Anti Rétro Viraux

CAREC : Caraib Analysis and Research Epidemiologic Center

CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit

Ceseda : Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

Counseling : technique d'écoute et de conseil en VIH

CH et CHRU : Centre Hospitalier et CH Régional Universitaire

CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des IST

CISIH : Centre d'Informations et de Soins de l'Immunodéficiência Humaine

CMU : Couverture Médicale Universelle

CNS : Conseil National du Sida

COGES : Comité Guadeloupéen d'Education pour la Santé

COIN : Centro de Orientacion y de Investigacion Nacional

COREVIH : Coordination régionale du VIH

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CRIPS : Centres Régionaux d'Information et de Prévention du Sida

DSDS : Direction de la Santé et du Développement Social

DFA : Département Français d'Amérique

DGS : Direction Générale de la Santé

DSAu : Direction de la Santé et de l'Autonomie

FAFHG : Fédération des associations franco-haïtiennes de Guadeloupe

FASILD : Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations

FORCES : Fédération et Organisation pour la Revalorisation Culturelle Economique et Sociale

GISTI : Groupement d'Information et de Soutien aux Travailleurs Immigrés

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique

HAÏTI DÉVELOPPEMENT : association nationale de lutte contre le VIH/SIDA

HALDE : Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et et pour l'Egalité

IDE : Infirmière diplômée d'État

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

InVS : Institut National de Veille Sanitaire

IST : Infection sexuellement transmissible

KABP (enquête) : Initiales de “Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices”. Enquête réalisée tous les 3 ans sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face

au sida en France, et qui a été réalisée aux Antilles Guyane en 94 puis en 2004.

M/E : migrants/étrangers

MFPP : Mouvement Français pour le Planning Familial

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Direction de l'Organisation des Nations Unies chargée du sida

PH : Praticien Hospitalier

PMI : Protection Materno Infantile

PRAPS : Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention en direction des personnes en situation de précarité

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

Prévalence : Nombre total de cas (anciens ou nouveaux) d'une maladie donnée dans une population indiquée

PVVIH : Personnes Vivant avec le VIH

RESF : Réseau Education Sans Frontière

SIDA : Syndrôme d'immunodéficience acquise

SIDACTION : association nationale de lutte contre le VIH/SIDA

SIS : Sida Info Service

STOP : association guadeloupéenne de Soutien aux toxicomanes et Prévention

TPE : Traitements Post Exposition

VESPA-ANRS : Initiales de VIH : Enquête sur les personnes atteintes. Enquête réalisée en 2003.

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHB et VHC : Virus de l'Hépatite B et virus de l'Hépatite C

## INTRODUCTION

Dans son rapport 2007, l'ONUSIDA<sup>[1]</sup> a annoncé une stabilisation de la prévalence mondiale du VIH (33,2 millions [30,6 – 36,1 millions] de personnes vivant avec le VIH), associée à un déclin des nouvelles infections (2,5 millions [1,8 – 4,1 millions] et de la mortalité (2,1 millions [1,9 – 2,4 millions]).

L'épidémie de la région Caraïbe, 2ème région la plus touchée dans le monde avec une prévalence estimée par l'ONUSIDA (2007)<sup>[2]</sup> à 1 % [0,9 % - 1,2 %] (loin derrière l'Afrique Sub-Saharienne, qui a une prévalence estimée à 5 % [4,6 % - 5,5 %]), est à l'instar de la situation mondiale : elle se cristallise sur les pays à faibles revenus.

Ainsi, l'ONUSIDA (2007)<sup>[3]</sup> estimait que Haïti, pays le plus pauvre de la région cumulait 55 % des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) dans la région (120 000 personnes) et la République Dominicaine 20 % (62 000 personnes).

Toujours d'après l'ONUSIDA (2007)<sup>[4]</sup>, l'épidémie dans cette région présente d'autres caractéristiques : une contamination essentiellement par voie sexuelle (les rapports sexuels entre hommes étant un aspect important mais largement occulté des épidémies aux Caraïbes), un retard au diagnostic, une féminisation de l'épidémie, un rôle décisif du commerce du sexe dans la propagation du VIH, un contexte de pauvreté et d'inégalités entre les sexes, et une stigmatisation considérable.

Pour la France, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) en 2007<sup>[5]</sup>, remarquait également que le VIH suit les failles socioéconomiques, et qu'il se retrouve notamment surreprésenté parmi des populations dites vulnérables comme les personnes migrantes originaires d'Afrique Sub-Saharienne (360 découvertes de séropositivité VIH en 2006/100 000 hab.) et d'Amérique (140 découvertes de séropositivité VIH en 2006/100 000 hab.).

Le Pr Fassin écrivait déjà en 2002 un article intitulé « Sida, immigration et inégalité : nouvelles réalités, nouveaux enjeux »<sup>[6]</sup>, où il insistait sur la nécessité de modifier les stratégies de prévention en direction de ces publics.

Concernant les Départements Français d'Amérique (DFA) (Martinique, Guadeloupe, Guyane), ils constituent la première région de France en termes de prévalence du VIH, et présentent des caractéristiques qui se calquent sur celles décrites pour la région Caraïbe. Les enquêtes KABP (2004)<sup>[7]</sup> et VESPA (2003)<sup>[8]</sup> réalisées dans les DFA ont largement repris toutes ces données.

Enfin en Guadeloupe, le Centre d'Informations et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) rapporte une prévalence de l'infection par le VIH à 0,8 %<sup>[9]</sup>, ce qui en fait le 2ème département français le plus touché après la Guyane et avant l'Ile De France. Mais l'épidémie à St Martin est dite généralisée avec plus d'1% de prévalence, et une transmission maternofoetale encore importante (1,7 %)<sup>[10]</sup>.

D'après les données épidémiologiques de l'Observatoire Régional de Santé Antilles Guyane (ORSAG) (2008)<sup>[11]</sup>, la Guadeloupe présente des différences avec la France : une féminisation de l'épidémie (sex-ratio de 0,8), plus de personnes de nationalité

étrangère, et notamment originaires d'Haïti (plus d' ¼ des patients suivis dans la file active d'origine étrangère, et 61 % des découvertes de séropositivité chez des individus nés hors DFA mais dans la Caraïbe depuis 2003), une population plus âgée (la tranche des plus de 50 ans représente plus de 20 %), et les mêmes caractéristiques que celles des autres pays de la région Caraïbe.

Toutes ces données épidémiologiques montrent entre autres le caractère urgent de la situation sanitaire des immigrants face au sida en France et dans les DFA, la Guadeloupe n'échappant pas à cette problématique.

Intéressons-nous de plus près à la situation globale de la population étrangère de Guadeloupe.

L'atlas des populations immigrées rédigé par l'INSEE et l'ACSE pour la Guadeloupe en 2006<sup>[12]</sup> montre que les étrangers représentent 6,5 % de la population totale, ce qui équivaut à la proportion des années 90 (7 %).

Parmi ces 6,5 % (28 900 personnes recensées), près de la moitié (44 %) vivent à St Martin.

La communauté haïtienne est la plus nombreuse avec plus de 40 % des étrangers. La Dominique et la République Dominicaine sont les seconds et troisièmes pays d'origine.

Dans sa revue de décembre 2008<sup>[13]</sup>, le Collectif Haïti de France (CHF) mentionnait pour les représentants de sa communauté en Guadeloupe des conditions économiques le plus souvent précaires, un contexte socioculturel discriminatoire, et des lois politiques

dures (2 000 expulsions par an, Ordonnance de Quitter le Territoire Français sans recours suspensif depuis 2006).

Pour faire face à cette problématique des immigrants face au sida, les pouvoirs publics français ont répondu par l'élaboration du *Plan National de Lutte contre le VIH en direction des migrants/étrangers vivant en France 2004/2006*<sup>[14]</sup> (PNL VIH2004/2006), qui a été prorogé pour la période 2006/2008.

De la même façon, le *Programme Régional de Lutte contre le VIH en Guadeloupe 2005/2008*<sup>[15]</sup> (PRSP 2005/2008) prévoyait des actions spécifiques en direction de ceux-ci.

Dans le domaine de la prévention du VIH, quelques particularités concernant l'approche des étrangers sont décrites dans le PNL VIH 2004/2006<sup>[16]</sup> : on appelle « migrants » les populations d'origine étrangère en direction desquelles sont dirigées les actions ciblées d'information sur le sida. D'autre part, en terme de stratégie d'intervention, les migrants sont à la fois une composante de la société française (le grand public), et un groupe spécifique classé dans les populations dites « à risques » d'exposition au virus.

La prévention en direction des publics les plus touchés par l'infection à VIH est un des enjeux de la lutte contre la maladie, et a été rappelé à maintes reprises par le Directeur Exécutif de l'OMS Dr Peter Piot<sup>[17]</sup> : « les programmes de prévention du VIH n'ont pas

été maintenus et/ou adaptés à l'évolution des épidémies (...) alors que leur extension a montré des progrès encourageants en terme de changements de connaissances, de comportements, et de représentations », et de rajouter : « en même temps que nous élargissons les programmes de traitement du VIH, nous devons intensifier considérablement les efforts de prévention qui sauvent des vies ».

Dans ce contexte, nous avons voulu savoir quels étaient les efforts fournis par les acteurs de la prévention du VIH en direction des M/E en Guadeloupe, et quelles étaient leurs opinions sur les principaux obstacles au travail effectué.

Cette question a fait suite à l'hypothèse que malgré des efforts évidents, le travail de prévention du VIH en direction des M/E effectué en Guadeloupe reste insuffisant, et est gêné par des obstacles qu'il convient de prendre en compte dans les futurs programmes régionaux de santé publique.

Pour tenter de répondre à cette question, nous avons réalisé une enquête dont l'objectif principal était de contribuer à renforcer la prévention du VIH/SIDA en direction des migrants afin de réduire leur risque d'exposition à une contamination par le VIH.

Pour y parvenir, les objectifs spécifiques de cette enquête étaient :

- d'identifier les ressources structurelles et humaines de la lutte contre le VIH, avec un focus sur le rôle des principales structures impliquées dans la prévention

du VIH en direction des migrants

- de décrire le matériel et les méthodes disponibles et utilisés par les acteurs de la prévention du VIH en direction des migrants
- de faire l'état des lieux des moyens d'action de prévention mis en œuvre en direction des M/E, ainsi que des moyens indirects qui contribuent à l'amélioration de la prévention
- et de recueillir l'opinion des acteurs sur les obstacles à la prévention et les pistes d'amélioration à proposer.

Notre méthode de travail a consisté à réaliser un audit de professionnels et bénévoles engagés dans la lutte contre le VIH en Guadeloupe, par des entretiens semi-directifs guidés par une grille de questions. Les données recueillies ont ensuite été saisies à travers une grille d'exploitation puis évaluées selon un plan d'analyse décrit plus loin.

Ce travail de terrain a été réalisé après une revue de la littérature sur la problématique abordée.

Les résultats obtenus sont présentés en quatre parties, qui suivent les objectifs spécifiques fixés.

La dernière partie est consacrée à la discussion du matériel et méthode utilisés pour réaliser l'enquête, des résultats obtenus, et des pistes à envisager.

## MATERIEL ET METHODOLOGIE

Pour atteindre les objectifs fixés et réaliser dans le même temps un état des lieux du travail effectué et de l'opinion des acteurs, nous avons choisi de réaliser une enquête de terrain (un audit) auprès de professionnels et de bénévoles engagés dans la lutte contre le VIH/sida en Guadeloupe.

Un protocole d'enquête a été rédigé.

Il comportait :

- le contexte de l'étude, sa justification, et la définition des objectifs de l'étude (exposés dans l'introduction)
- la sélection de la population d'étude
- la détermination des thèmes étudiés
- une grille d'entretien (*voir en annexe n°1*)
- le mode de collecte des données sur les individus
- le mode de saisie des données
- le plan d'analyse avec la grille d'exploitation des données (annexe n°2)
- les modes de communication des résultats (thèse pour un doctorat de médecine générale, autres)
- le calendrier des tâches (de novembre 2007 à avril 2009)
- les références documentaires.

# 1 MATERIEL d'étude

## 1.1 Sélection de la population étudiée

Pour identifier les structures et acteurs impliqués dans la lutte contre le VIH/SIDA en Guadeloupe, nous avons défini des critères d'inclusion :

- nature de la structure : institutions (instances sanitaires et structures de soins) ou associations
- lieu de la structure : la Guadeloupe
- nature de l'activité de la structure : en rapport avec le VIH et/ou la population migrante/étrangère
- qualité de l'acteur : professionnel ou bénévole.

Pour le choix des entretiens, nous avons essayé de tendre vers une collecte la plus exhaustive possible des données en interrogeant le maximum d'acteurs dans le temps donné pour faire l'étude.

## 1.2 Détermination des thèmes étudiés

En accord avec les objectifs spécifiques fixés par le protocole d'enquête, nous avons quatre grands thèmes d'approche :

THEME 1 : l'étude de la place et des rôles des ressources structurelles et humaines dans le dispositif d'organisation de la lutte contre le VIH en Guadeloupe, avec un focus sur le

rôle des structures les plus impliquées dans la prévention en direction des migrants

THEME 2 : l'étude du matériel et des méthodes de prévention du VIH en direction des migrants utilisées par les acteurs dans leurs structures

THEME 3 : l'état des lieux de la place des moyens d'action de prévention du VIH mis en œuvre en Guadeloupe en direction des migrants en fonction des méthodes employées

THEME 4 : l'analyse des opinions des acteurs sur les différents obstacles à la prévention et les pistes d'amélioration à apporter dans les futurs programmes.

### 1.3 La grille d'entretien utilisée

Elle visait à recueillir toutes les données nécessaires à l'analyse des thèmes d'étude déterminés.

.Elle était composée d'une série de 8 questions classées selon les quatre thèmes d'approche de l'étude.

Pour les trois premiers thèmes, les questions étaient semi-ouvertes, alors que pour le dernier thème, la question était ouverte.

Cette grille d'entretien a été testée auprès de trois personnes avant d'être utilisée pour l'étude.

L'annexe n°1 propose un exemplaire du support utilisé pour entretenir les acteurs.

## 2 METHODOLOGIE de travail

### 2.1 Collecte des données

Le travail effectué reposait sur une méthode d'observation.

Il a consisté en une série d'entretiens individuels et semi-directifs des acteurs identifiés, sur leur lieu de travail.

La collecte des données devait se faire en 2 mois, entre fin novembre 2007 et fin janvier 2008.

Les entretiens étaient guidés par la grille d'entretien.

L'auteur de la thèse a réalisé seul les entretiens.

Les données étaient recueillies sur papier.

### 2.2 Saisie et traitement des données

Les données recueillies lors des entretiens ont été saisies et traitées manuellement au moyen d'une grille d'exploitation fournie en annexe n°2.

## 2.3 Plan d'analyse

### 2.3.1 La définition des variables

Nous avons retenu les variables suivantes :

- pour le THEME 1 :
  - statuts, organisation et rôles de la structure
  - compétence professionnelle de l'acteur
  - niveau d'implication de l'acteur dans la lutte contre le VIH en direction des migrants
  
- pour le THEME 2 :
  - objectifs des messages de prévention diffusés en direction des migrants
  - outils et supports de prévention utilisés : grand public et spécifiquement destinés aux M/E
  
- pour le THEME 3 :
  - principes des méthodes d'action employées par la structure
  - place des M/E dans l'activité de prévention individuelle du VIH des structures de soins
  - programmes de prévention communautaire du VIH des associations en direction du public migrant
  - moyens indirects utilisés et susceptibles d'améliorer la prévention du VIH

vers les migrants/étrangers.

- pour le THEME 4 :
  - opinion de l'acteur sur les obstacles rencontrés durant sa pratique, et sur les pistes d'amélioration qu'il propose.

### 2.3.2 L'analyse des données

L'analyse des données s'est appuyée sur la grille d'exploitation reprenant toutes les données issues des entretiens de chaque acteur, et suivant la grille d'entretien (*voir en annexe n°2*).

Nous avons d'abord effectué une analyse descriptive transversale grâce à un tri à plat des données.

Nous avons ensuite tenté de faire une analyse thématique plus synthétique grâce à un regroupement des données, en prenant en compte la diversité des réponses et des opinions.

La présentation des données répond aux différents objectifs spécifiques fixés, et se divise donc en quatre parties, avec pour chacune un encadré reprenant la synthèse des résultats observés.

## RESULTATS

### 1 Étude des ressources structurelles et humaines impliquées dans le dispositif d'organisation de la lutte contre le VIH en Guadeloupe

#### 1.1 Identification des ressources structurelles et humaines impliquées dans la lutte contre le VIH

##### 1.1.1 Un réseau à 4 pôles

Nous avons identifié 43 structures dont l'activité était en rapport avec le VIH/SIDA et/ou la population migrante de Guadeloupe, réparties entre 16 institutions et 27 associations.

Toutes les structures identifiées sont répertoriées dans le tableau n°1.

Pour la clarté de l'exposé, et pour assurer une approche globale du problème de santé publique posé, nous les avons regroupées en quatre pôles, selon la nature de leur activité :

- un pôle institutionnel sanitaire, représenté par les instances sanitaires
- un pôle individuel socio-sanitaire, constitué des dispositifs socio-sanitaires de droit commun, d'associations médicosociales, et des cabinets de médecine libérale
- un pôle communautaire socio-éducatif, composé d'associations de prévention du VIH et de lutte contre les discriminations à l'égard des PVVIH, d'aide à l'insertion, de regroupement et de soutien de communautés
- un pôle environnemental, comprenant des institutions, des organismes, des associations orientées vers les aspects politique, social, juridique, économique, et culturel de la lutte contre le VIH.

- Le pôle institutionnel

Le pôle institutionnel de la lutte contre le VIH/sida est représenté par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) composé de 7 institutions (*voir tableau n°1*), et par le COREVIH, structure de Coordination Régionale du VIH.

Le GRSP est sous l'autorité de la Direction Générale de la Santé (DGS) et du Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. La Direction départementale de la Santé et du Développement Social (DSDS) en est la principale structure, en étant le prolongement régional de la DGS.

Le COREVIH de Guadeloupe, créé le 23 janvier 2008 en application d'un décret de la DGS<sup>[19]</sup>, vient actualiser le rôle des CISIH. Il réunit de nombreux acteurs de la lutte

contre le VIH regroupés en 4 collèges, dont un est composé d'acteurs associatifs (fait nouveau par rapport aux anciens « Comités Sida ») :

- Collège 1 : Représentants des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux
- Collège 2 : Représentants des professionnels de santé et de l'action sociale
- Collège 3 : Représentants des malades et des usagers du système de santé
- Collège 4 : Personnalités qualifiées (*voir en annexe n°3* la liste des membres du bureau).

- Le pôle individuel socio-sanitaire

Le pôle individuel socio-sanitaire est constitué par des structures de soins, qui peuvent être :

- des dispositifs socio-sanitaires de droit commun (services de maladies infectieuses des 3 centres hospitaliers de l'archipel, Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF) du service de Protection Materno-Infantile (PMI))
- des cabinets de médecine libérale
- des associations médicosociales.

Les dispositifs socio-sanitaires de droit commun comme les CIDDIST – CDAG (Centres d'Informations, Dépistage, et Diagnostic des IST – Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) ou les CPEF ont la particularité de proposer aux usagers une offre

de soins vaste et bien répartie sur le territoire.

En effet, nous avons dénombré au total sur le territoire guadeloupéen :

- 21 CPEF dont 15 sont dépendants du département de la PMI du Conseil Général (ils sont appelés CLASS, Centres Locaux d'Actions Sanitaires et Sociales), 2 des centres hospitaliers de Basse-Terre (CHBT) et de Capesterre-Belle-Eau, et 5 de la Maternité Consciente affiliée au Mouvement Français pour le Planning Familial
- 9 CIDDIST – CDAG : 1 dans chaque centre hospitalier de la Guadeloupe (Centre Hospitalier Régional Universitaire de Pointe à Pitre/ Abymes (CHRU), CH Louis-Constant Flemming de Saint Martin (CHSM), CH Basse Terre), et 6 antennes (4 dépendantes du CHRU : Maison St Vincent de Paul, dispensaires de Beauperthuy et de Morne à l'Eau, Centre pénitentiaire de Baie-Mahault, 1 dépendante du CHBT à la maison d'arrêt de Basse Terre, et 1 dépendante du CHSM à l'association SIDA LIAISONS DANGEREUSES).

Les associations médico-sociales identifiées sont réparties entre celles dédiées à l'accompagnement médico-psycho-social des PVVIH comme AIDES à St Martin, et ARVHG (Association Réseau Ville Hôpital Guadeloupe) en Guadeloupe continentale, et celles tournées vers la prévention, comme la Maternité Consciente avec une activité CPEF, ou la Maison St Vincent de Paul avec son antenne CIDDIST.

La médecine libérale a été approchée par la rencontre de médecins généralistes installés entre les Abymes(1), Le Gosier (2), Petit-Bourg (1), et Pointe à Pitre (2).

- Le pôle communautaire socio-éducatif

27 associations ont été identifiées lors de l'enquête.

Elles se répartissent en trois sous-groupes :

- les associations engagées dans la prévention du VIH et la lutte contre les discriminations et la stigmatisation à l'égard des PVVIH
- les associations présentes sur le terrain de l'aide à l'insertion sociale, administrative, et économique, et possédant en outre un service « santé »
- les associations de regroupement et de soutien de communautés.

Nous avons dénombré 11 associations engagées dans les actions de prévention et de lutte contre les discriminations à l'égard des PVVIH.

Les plus actives sont : ENTRAIDE GWADLOUP' en Guadeloupe et SIDA LIAISONS DANGEREUSES à Saint Martin, tandis que le COGES sert de référent en matière d'Education pour la Santé.

Les autres associations de prévention identifiées apportent leur collaboration aux actions de prévention en fonction de leurs caractéristiques (*voir tableau n°1*, rubrique « remarques et observations »).

5 associations présentes sur le terrain de l'aide sociale ont été identifiées, et

toutes avaient un pôle « Prévention et Promotion de la Santé » développé au sein de leur structure en direction de leurs usagers, pour la plupart en situation de difficultés multiples (femmes seules, étrangers, RMistes, jeunes de 16-25 ans, personnes souffrant d'un handicap mental ou physique).

Quant aux associations de regroupement et de soutien communautaire, nous retenons TET KOLE, association de regroupement de la communauté haïtienne comportant plus d'une dizaine d'antennes dans les différentes communes de l'île, l'Association des Immigrés Haïtiens (AIH) à Saint Martin, toutes deux affiliées au Collectif Haïti de France, et GWADA UNI-VERS, première association de soutien aux PVVIH en Guadeloupe créée en 2006.

- Le pôle environnemental

Le pôle environnemental comporte toutes les structures pouvant contribuer à améliorer la situation sanitaire des migrants en général, et la réduction de leur risque d'exposition au VIH en particulier.

On y retrouve des institutions qui sont sous l'autorité du Ministère de l'Intérieur (Services de Police, Centres de Rétention Administrative, Service Immigration à la Préfecture), chargées d'appliquer les lois relatives à l'immigration contenues dans le Cesda (Code d'entrée et de séjour des étrangers et de demande d'asile), des institutions œuvrant pour l'insertion des étrangers comme la Mission Locale, le COREDAF (Comité Régional de la Direction des Affaires Familiales), l'Agence Départementale de

l'Insertion (ADI), ou pour la lutte contre les discriminations (1 représentant de la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité (HALDE) nommé courant 2008, et 1 représentant du Groupement d'Information et de Soutien aux Travailleurs Immigrés (GISTI)).

On trouve aussi des associations engagées dans la lutte contre les discriminations, comme le Collectif Contre la Xénophobie (CGX), Amnesty International, la Fédération des Associations Franco-Haïtiennes de Guadeloupe (FAFHG), et toutes les associations présentes sur le terrain de l'aide sociale qui contribuent activement à l'insertion des personnes en difficulté.

Notons que la FAFHG est récente en Guadeloupe (début 2008). Elle réunit 7 associations sympathisantes : TET KOLE, Amnesty International, la Ligue des Droits de l'Homme (LDH), AGWA Caraïbe, Tambou Guinen, le CHID, AJM.

### 1.1.2 Des acteurs pluridisciplinaires

L'enquête nous a conduits à interroger 33 acteurs.

29 d'entre eux ont été rencontrés sur leurs lieux de travail ou d'action, et 4 ont été entretenus par téléphone.

Chaque entretien a duré entre  $\frac{3}{4}$  d'heure et 1h30.

Ainsi, nous avons approché 43% des institutions identifiées (aucune institution du pôle environnemental), et 54% des associations. Par ailleurs, nous avons interrogé 6 médecins libéraux.

A travers ces rencontres, nous avons pu apprécier la diversité des compétences professionnelles des acteurs, et observé que la lutte contre le VIH nécessite un travail en pluridisciplinarité.

Par exemple, les équipes de soignants travaillant dans les dispositifs socio-sanitaires de droit commun (CIDDIST – CDAG, CPEF) sont composées de médecins, infirmiers et sages-femmes, psychologues, assistantes sociales (pas d'interprète dans l'équipe).

Nous faisons la même remarque en ce qui concerne les autres pôles.

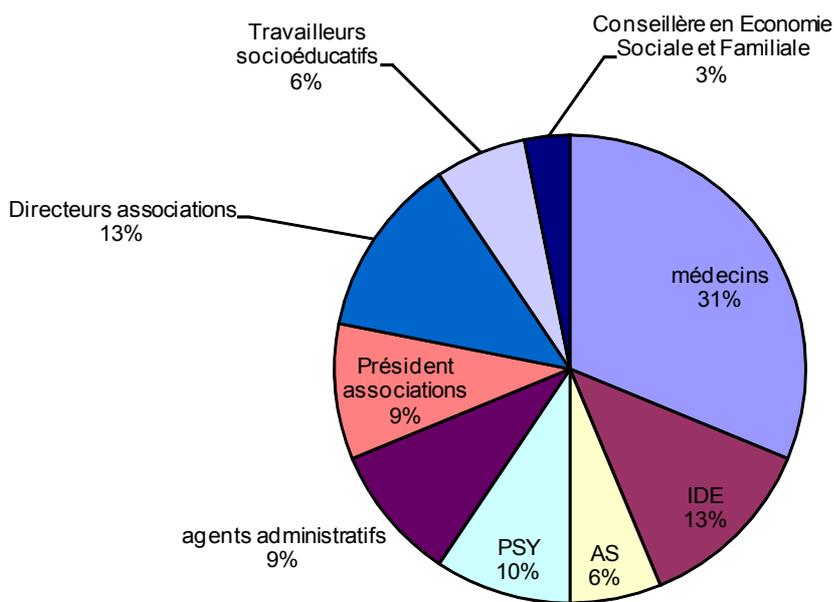
Les associations sont composées de travailleurs sociaux, d'éducateurs pour la santé, de conseillères techniques, de médiateurs culturels.

Les structures du pôle institutionnel requièrent de multiples compétences chez tous les agents administratifs.

Quant aux acteurs du pôle environnemental, ils se remarquent par les oppositions d'engagement entre les bénévoles des associations de lutte contre les discriminations d'un côté et les agents administratifs responsables de l'application des lois sur l'immigration.

Notons enfin la place du bénévolat dans la lutte contre le VIH, puisque 10 des 33 acteurs rencontrés avaient une activité bénévole dans une association de prévention ou de soutien aux PVVIH.

La figure 1 illustre la répartition des 33 acteurs rencontrés en fonction de leur compétence professionnelle ou responsabilité dans la structure. On y voit que le plus gros contingent d'acteurs rencontrés a été celui des médecins, ce qui s'explique par l'entretien des 6 médecins généralistes installés en ville.



*Figure 1 : répartition graphique des acteurs rencontrés en fonction de leur compétence professionnelle et/ ou responsabilité dans leur structure.*

### 1.1.3 Tableau récapitulatif de l'identification des ressources structurelles et humaines de la lutte contre le VIH en Guadeloupe

Dans le tableau suivant, nous présentons en détails toutes les structures identifiées et tous les acteurs rencontrés, en précisant leur responsabilité dans cette structure.

	<b>Structures identifiées</b>	<b>Acteurs rencontrés</b>	<b>Remarques</b>
<b>Pôle environnemental</b>	Collectif Guadeloupéen contre la Xénophobie	Membre actif du Collectif contre la Xénophobie	
	FAFHG : fédération des associations franco-haïtiennes de Guadeloupe	Président de la FAFHG	
	Amnesty International Ligue des Droits de L'Homme GISTI : Groupement d'Information et de soutien aux Travailleurs Immigrés		
	HALDE ADI Mission Locale COREDAF Services de Police, Préfecture, CAF		
	<b>Associations de prévention</b>		
	ENTRAIDE GWADLOUP'	- président de l'association - directeur de l'association	
	COGES	- chargée de mission VIH au COGES	
	SIDA LIAISONS DANGEREUSES	- médecin de l'association	
	CHRETIENS et SIDA	- psychologue et bénévole à CHRETIENS et SIDA	Plus en poste actuellement Basée à Saint Martin, entretien téléphonique Asso. nationale Oeucuménique récente (2006)

<b>Pôle Communautaire socio éducatif</b>	SIDACTION		1 représentant pour les 3 DFA
	Vaincre le Sida Ensemble		Asso. en reconstruction
	SIDA INFO SERVICE		Ligne téléphonique de permanence
	SOS Hépatites		Prévention des Hépatites
	CASE DEPART		Prévention VIH par les médias
	STOP		Prévention et Soutien aux Toxicomanes
	<b>Associations d'aide à l'insertion</b>		
	FORCES	- responsable du Point Info Famille à FORCES	
	CONTACT RUE	- directrice de CONTACT RUE	
	INITIATIVE ECO	- directrice INITIATIVE-ECO	
	FLE A MANGO	- directrice FLE A MANGO	
	Saint Vincent de Paul	- IDE à l'antenne CIDDIST de l'association	
	Secours catholique		
	<b>Association de Soutien communautaire</b>		
	GWADA UNI-VERS	- présidente de l'association GWADA UNI-VERS	Plus en poste actuellement
	TET KOLE	- président de TET KOLE	Tout le bureau rencontré
<b>Dispositifs Socio sanitaire et droit communs</b>			
Service hospitalier de maladies infectieuses, CIDDIST-CDAG	- Responsable du CIDDIST-CDAG du CHU de PàP  - AS au CISIH  - Chef du département de PMI au CG	Plus en poste actuellement	
CPEF (PMI et Association Maternité Consciente)	- responsable du service Education pour la Santé de l'association Maternité		

<b>Pôle individuel socio-sanitaire</b>		Consciente - assistante sociale à la MC	
	<b>Médecine générale</b>		
	Cabinets de médecine générale	6 médecins entretenus dont 2 médecins agréé par la CGSS	
		<b>Associations suivi PVVIH</b>	
	ARVHG	- psychologue au CISIH - présidente de ARVHG	
	AIDES	- IDE observance thérapeutique et bénévole à AIDES - coordinatrice de l'asso	
<b>Pôle institutionnel sanitaire</b>	<b>GRSP</b>		
	DSDS	- conseillère technique en travail social au service santé publique	
	Conseil Général	- médecin DSAu  - responsable du service Prévention au Conseil Général	
	Caisse Générale Sécurité Sociale	- responsable du service Éducation pour la Santé à la CGSS	
	Conseil Régional		
	Préfecture		
	Agence Régionale d'Hospitalisation		
	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé		1 représentant national nommé
	<b>COREVIH</b>	- présidente du COREVIH	
<b>TOTAL</b>	<b>44 identifiés</b>	<b>33 acteurs</b>	

*Tableau 1 : tableau récapitulatif des structures identifiées et des acteurs rencontrés*

*durant l'enquête*

## 1.2 Focus sur le rôle des principales structures impliquées dans la prévention du VIH en direction des migrants en Guadeloupe

### 1.2.1 Le pôle institutionnel sanitaire : décision, organisation (élaboration, mise en œuvre, évaluation de programmes), et financement de projets

En ayant en charge l'application des recommandations des autorités sanitaires nationales, le pôle institutionnel a pour missions de décider des priorités régionales de santé publique, d'organiser les programmes d'actions de lutte contre le VIH (élaborer, mettre en œuvre, évaluer), et de financer la plus grande partie des projets.

- Le GRSP

Le GRSP avait fixé comme priorité de santé publique la lutte contre le VIH, et rédigé un Plan Régional de Santé Publique spécifique pour la période 2005/2008 (PRSP).

Le premier objectif principal était consacré à la prévention : « Intégrer, consolider et améliorer la prévention du VIH/sida dans une démarche de santé globale », et parmi les objectifs spécifiques, on retrouvait les publics migrants comme cible des actions : « créer des outils spécifiques en direction des migrants », « renforcer la prévention de proximité en direction des publics vulnérables »<sup>[19]</sup>.

- La DSDS

La DSDS est la principale instance sanitaire régionale. En plus de participer aux décisions des priorités de santé publique et à l'organisation du PRSP, elle s'occupe de répartir les budgets en fonction des projets.

Notons par ailleurs qu'elle a en charge la mise en œuvre du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)<sup>[20]</sup> qui date de 2000.

- Le COREVIH

C'est une nouvelle structure institutionnelle avec pour mission principale de fédérer les acteurs et de contribuer à la coordination de leurs actions.

Au moment de l'enquête, le calendrier prévisionnel des tâches n'était pas rédigé, mais là aussi, une partie devait être dédiée aux publics vulnérables, dont les migrants/étrangers.

### 1.2.2 Le pôle individuel socio-sanitaire : soins (traitements et suivi), dépistage, et prévention individuelle du VIH en direction des migrants

Fort de toutes ses structures de soins (dispositifs socio-sanitaires en tête), ce pôle assure aux usagers du système de santé l'accès aux soins (traitements et suivi des IST en général) au dépistage du VIH, et à la prévention individuelle des risques sexuels, par une prise en charge individualisée socio-sanitaire.

Notons que toutes ces structures collaborent ponctuellement avec les structures du pôle socio-éducatif en apportant leur soutien et leur expérience de soignants dans les actions de prévention destinées au grand public ou à des publics spécifiques.

- Les CIDDIST – CDAG

Ces structures de soins accueillent et ont en charge :

- la prévention primaire des risques de contamination par le VIH/IST par l'apport de savoir (connaissances), l'amélioration du savoir-être (attitudes et croyances), et le renforcement du savoir-faire (comportements sexuels)
- le dépistage et le diagnostic anonyme et gratuit des Infections Sexuellement Transmissibles (VIH, Syphilis, Infections à Mycoplasme, Chlamydiae, Gonococcies) et hépatites (VHB, VHC)
- l'orientation des patients dépistés pour le VIH, le VHB, ou le VHC, vers les services hospitaliers de référence pour la prise en charge thérapeutique et le suivi médico-psycho-social gratuit, à condition que les droits sociaux du patient soient ouverts.

- Les CPEF

Qu'ils soient rattachés à la PMI, à l'hôpital, ou au MFPP via l'association Maternité Consciente, tous les CPEF ont une mission similaire aux CIDDIST – CDAG en ce qui concerne la prévention primaire des risques de contamination par le VIH/IST.

A cette mission se rajoutent d'autres fonctions dirigées vers les femmes en âge de procréer : suivis de grossesses (conseils, visites et bilans obligatoires), éducation familiale (planification familiale, contraception, accompagnement des IVG (Interruptions Volontaires de Grossesse)).

- La médecine libérale

La médecine libérale n'est pas une structure en tant que telle mais les cabinets de consultations sont des espaces de soins supplémentaires pour accueillir la population migrante et aborder quelque soit le motif de consultation la prévention et le dépistage du VIH. Les omnipraticiens ont donc des rôles à jouer dans la lutte contre l'infection par le VIH.

Dans ce domaine, ils incitent leurs patients au dépistage du VIH et autres IST, rappellent les messages de prévention des risques sexuels, annoncent la maladie au patient en cas de séropositivité, l'orientent vers les structures hospitalières, et l'accompagnent dans sa maladie.

Un rôle supplémentaire peut leur revenir, c'est celui lié au statut de Médecin Agréé par la CGSS, les autorisant à délivrer aux migrants le nécessitant, un certificat en vue d'une demande de titre de séjour pour raison médicale.

- Les associations médico-sociales

L'ARVHG et AIDES Saint Martin suivent les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) pour lesquelles une prise en charge coordonnée avec l'hôpital est nécessaire.

Ces associations proposent aux patients un suivi médico-psycho-social, par des consultations d'éducation thérapeutique, l'accompagnement dans l'annonce de la maladie aux proches, la prévention des sur-contaminations, un soutien psychologique, et une prise en charge adaptée.

Elles agissent surtout dans le domaine de la prévention secondaire.

### 1.2.3 Le pôle communautaire socio-éducatif : prévention communautaire, aide à l'insertion, regroupement et soutien de communautés

La diversité des associations recensées mérite de présenter les rôles de chaque groupe séparément. Mais toutes jouent un rôle de terrain, au contact des populations.

Notons l'intégration de certaines associations dans le collège des représentants des malades et des usagers du système de santé du COREVIH afin qu'elles prennent part à l'organisation des programmes de lutte contre le VIH.

Leurs usagers dépendent des services proposés : personnes en situation de précarité, communautés étrangères (en situation régulière ou irrégulière), femmes seules avec ou sans enfant, personnes sans domicile fixe.

- Les associations de prévention

Les principales associations de prévention que nous avons rencontrées sont ENTRAIDE GWADLOUP', SIDA LIAISONS DANGEREUSES et le COGES.

ENTRAIDE GWADLOUP' a bientôt 10 ans d'expérience dans la prévention du VIH/IST/Hépatites et de l'éducation à la vie affective et sexuelle, et fait office de référence pour tous les acteurs de terrain.

Ses objectifs sont de :

- créer des outils adaptés aux spécificités locales (théâtre, vidéos, documentation)
- participer aux campagnes de sensibilisation au VIH (Journée Mondiale du Sida, forum santé)
- élaborer et mettre en œuvre des projets d'actions de prévention communautaire du VIH et d'éducation à la vie affective et sexuelle en direction de publics ciblés (migrants/étrangers, prostituées, jeunes de 18/25 ans)
- former d'autres acteurs associatifs professionnels ou bénévoles.

L'association a aussi un pôle d'activité « social », où elle participe à l'insertion des personnes en difficultés, au même titre que les associations comme CONTACT RUE ou la Maison St Vincent de Paul.

L'association SIDA LIAISONS DANGEREUSES est basée à Saint Martin. Elle a une double activité, en étant une antenne du CIDDIST – CDAG du CH de Saint

Martin, et une structure d'accueil et d'information sur les IST, les grossesses et le VIH/SIDA.

Leurs objectifs sont sensiblement identiques à ceux d'ENTRAIDE.

Quant au COGES, toutes ses activités sont tournées vers l'éducation pour la santé. Cette association membre du CFES (Comité Français d'Education pour la Santé) et relais départemental de l'INPES a pour missions :

- fournir aux acteurs de terrain les outils de prévention de l'INPES
- porter eux-mêmes des projets de prévention en tant qu'opérateurs mais pas acteurs de terrain
- accompagner des associations dans l'élaboration de projets de prévention
- participer à la formation des acteurs professionnels dans le domaine du VIH
- proposer un centre de documentation et d'informations.

- Les associations d'aide à l'insertion

Ces associations sont impliquées dans la prévention du VIH en direction des migrants par leur pôle d'activité « santé », mais leur activité principale est tournée vers l'aide à l'insertion des personnes en situation de précarité : demandes de logements, d'allocations familiales, titres de séjours.

Les plus actives dans le domaine de la prévention du VIH sont FORCES et FLE

A MANGO, dans la mesure où elles ont monté et mis en œuvre des projets d'actions de prévention communautaire destinés à des publics migrants/étrangers.

Le pôle « santé » de la Maison St Vincent de Paul est orienté vers la prévention individuelle des risques sexuels à travers son antenne du CIDDIST – CDAG du CHRU.

- Les associations de regroupement et de soutien communautaire

Notre enquête s'est intéressée aux communautés regroupant des migrants, et aux communautés des PVVIH.

TET KOLE, association née en 1991, est bien implantée sur la Guadeloupe avec de nombreuses antennes.

Elle rassemble environ 400 membres de la communauté haïtienne.

Ses buts sont d'organiser des événements culturels (1er janvier, Carnaval), d'informer ses membres sur leurs droits sociaux, de les aider dans leurs démarches administratives, et d'essayer d'organiser des formations touchant aux droits, à l'histoire, à la santé, à l'alphabétisation.

Au moment de l'enquête, l'association n'avait pas de programme de prévention du VIH en cours mais elle souhaitait reprendre cette activité rapidement.

Notons quand même qu'un local a été mis à disposition par le CGX pour assurer des permanences de soins primaires et d'aide aux démarches administratives, en collaboration étroite avec TET KOLE (ainsi qu'avec Amnesty International, et la LDH).

GWADA UNI – VERS, 1ère association guadeloupéenne de regroupement des PVVIH, créée en 2006, a pour principales missions de soutenir les personnes séropositives dans leur parcours de vie, et de lutter contre les discriminations et les stigmatisations dont sont victimes les PVVIH.

Elle contribue activement à la prévention du VIH en participant à des actions de prévention communautaire, et en portant des projets de sensibilisation au VIH. Elle souhaite apporter aux gens un nouveau regard sur la maladie et combattre ainsi les discriminations et la stigmatisation réservée aux PVVIH.

#### 1.2.4 Le pôle environnemental

Les structures de ce pôle dit « environnemental » viennent influencer sur la lutte contre le VIH en se retrouvant sur le parcours d'insertion des personnes migrantes, mais elles n'agissent pas directement dans le domaine de la prévention du VIH.

- Les institutions

Les institutions identifiées constituent un ensemble hétérogène puisque leurs activités peuvent être opposées. En effet, certaines sont là pour appliquer les lois concernant l'accès aux droits sociaux des personnes d'origine étrangère et/ou migrante contenues dans le Ceseda (Préfecture, Services de Police, Centres de Rétention Administrative, CGSS, Caisse d'Allocations Familiales), alors que d'autres œuvrent

pour aider ces mêmes personnes à accéder à leurs droits et à s'insérer (ADI, Mission Locale du CG, le COREDAF, la HALDE).

- Les associations

Quant aux associations recensées (FAFHG, LDH, CGX, Amnesty International), elles sont engagées sur le terrain de la lutte contre la xénophobie et les discriminations, et pour l'interculturalité. Elles s'attachent à défendre les droits et la culture des communautés migrantes/étrangères en alertant les autorités publiques des injustices subies.

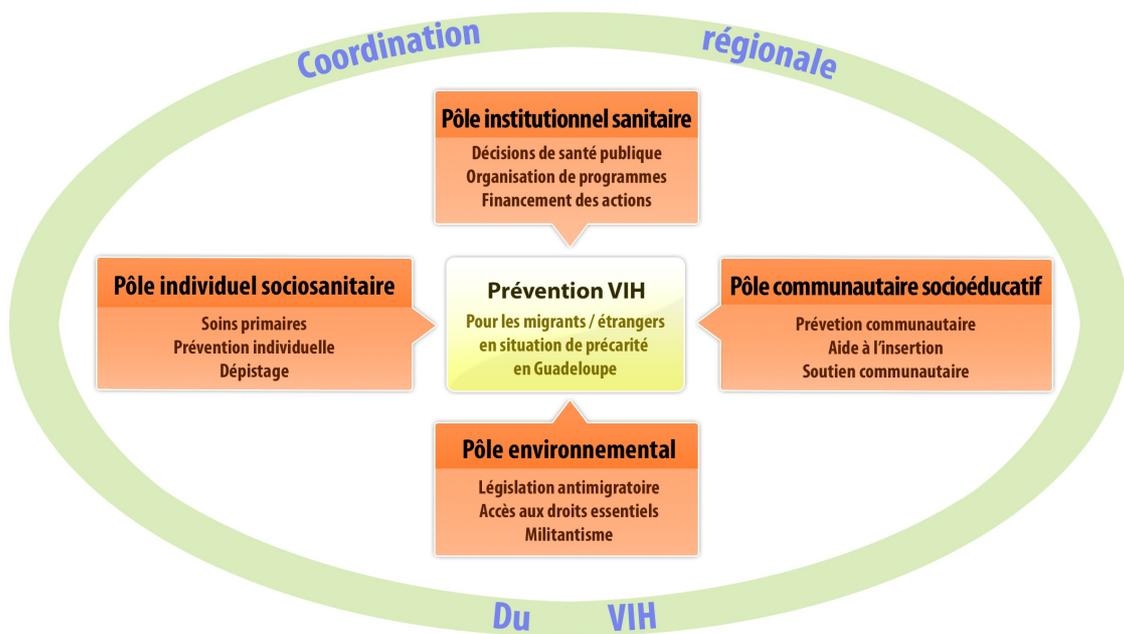
Nous aurions pu classer les associations d'aide à l'insertion dans ce groupe étant donnée leur activité principale, mais avons préféré les intégrer dans le pôle communautaire socio-éducatif pour leur actions de prévention menées.

Remarquons enfin la présence d'un représentant pour la Guadeloupe du GISTI, mais l'absence de représentant du COMEDE (Comité Médical des Exilés) ou de la CIMADE, structures très sollicitées par les acteurs de terrain en métropole pour une meilleure prise en charge médico-psycho-sociale des étrangers.

Notons enfin que l'on peut encore allonger la liste de structures identifiées et classées dans ce pôle en intégrant les centres de Français Langues Étrangères (FLE), les principaux employeurs des étrangers (exploitations agricoles, entreprises de bâtiments, marchés), les professionnels de l'épidémiologie (ORSAG), des sciences sociales.

### 1.2.5 Schéma récapitulatif de la répartition des rôles de chaque pôle dans le dispositif d'organisation de la lutte contre le VIH/SIDA en Guadeloupe

La figure 1 place la prévention du VIH en direction des migrants au centre d'un réseau à 4 pôles entouré par le COREVIH. Elle illustre bien la nécessité d'une approche holistique de la maladie, par la prise en compte de tous ses aspects : social, économique, culturel, juridique, politique...



*FIGURE 1 : représentation schématique de la répartition des rôles de chaque pôle, dans le dispositif d'organisation de la lutte contre le VIH en Guadeloupe*

## PARTIE 1 : SYNTHÈSE

### 1 IDENTIFICATION des ressources structurelles et humaines de la lutte contre le VIH en Guadeloupe

- un réseau structurel à 4 pôles, avec le COREVIH comme organisme fédérateur : pôles institutionnel sanitaire, individuel socio-sanitaire, socio-éducatif, et environnemental
- des ressources humaines pluridisciplinaires.

### 2 FOCUS sur le rôle des principales structures impliquées dans la prévention du VIH en direction des M/E

- GRSP, DSDS : structures institutionnelles sanitaires chargées de décider des priorités de santé publique, d'organiser des programmes régionaux de lutte contre le VIH (PRSP 2005/2008), et de financer des projets d'actions de prévention; COREVIH : structure institutionnelle chargée de coordination des actions
- Dispositifs socio-sanitaires de droit commun, cabinets de médecine libérale, et associations médicosociales proposant une large offre de soins primaires aux migrants, de prévention individuelle des risques sexuels, et de dépistage
- 27 associations recensées au total, au contact des populations migrantes pour la prévention, l'aide à l'insertion, et le regroupement de communautés
- Structures classées dans le pôle environnemental très hétérogènes, impliquées dans les lois antimigratoires, l'accès aux droits, et le militantisme.

## 2 Étude du matériel et des méthodes de prévention du VIH en direction des migrants

### 2.1 Matériel de prévention du VIH utilisé

#### 2.1.1 Objectifs et contenu des messages de prévention du VIH diffusés aux migrants/étrangers

On rappelle l'objectif principal de la prévention primaire du VIH : permettre aux individus d'acquérir des compétences pour influencer sur leur santé, et réduire leur risque d'exposition à une contamination par le VIH.

Pour y parvenir, les acteurs ont 3 objectifs secondaires :

- améliorer les connaissances : apporter du savoir
- travailler sur les représentations, croyances et attitudes : améliorer le savoir-être
- faire évoluer les pratiques et les comportements : renforcer le savoir-faire.

- Apporter du savoir : INFORMER

C'est le premier objectif des messages de prévention diffusés : apporter des connaissances sur les risques sexuels exposant à une contamination par une IST en général, et par le VIH en particulier.

Ce message est d'ordre informatif.

Il concerne tous les aspects de la prévention primaire des risques sexuels : anatomie du corps, modes de transmission du virus, moyens de protection, de dépistage et de diagnostic d'une IST, modalités de prise en charge thérapeutique (traitements post-exposition compris).

Au final, cette action d'informer doit d'une part, permettre aux gens de pouvoir repérer une situation à risque, et d'autre part, lutter contre les fausses-idées.

Avec le public migrant, les acteurs semblent, d'après leurs témoignages, mettre l'accent sur l'apport de connaissances sur le corps (surtout chez les femmes), sur les modes de transmission du virus et sur les moyens de protection.

- Améliorer le savoir-être : FAIRE REFLECHIR

Ce deuxième objectif est corrélé à l'habitus et aux mœurs de l'individu, à sa culture, son niveau d'éducation, ses croyances religieuses.

Le travail effectué porte sur un registre psychologique.

Il aborde divers thèmes : les peurs liées à la maladie, l'influence des croyances religieuses dans la gestion des risques sexuels, la place et le type de sexualité dans la vie, le mode de vie affective, les attitudes envers les PVVIH.

Ainsi, l'individu (ou le groupe d'individus selon l'action de prévention) est sensibilisé au

VIH, et peut entamer une réflexion sur sa sexualité, ses croyances, sa représentation de la maladie et des malades, et l'aider à comprendre ses comportements.

Avec le public migrant (notamment les femmes), les acteurs se concentrent sur l'évaluation de 2 points : la sexualité et la vie affective, en espérant repérer le déterminant de vulnérabilité.

- Renforcer le savoir-faire : INCITER à l'ACTION

Le dernier objectif des messages de prévention est orienté vers la promotion de comportements sexuels et affectifs protecteurs, et vers l'évolution des pratiques collectives vis à vis des PVVIH.

Ce message est d'ordre comportemental.

En effet, le rôle des acteurs est de donner envie aux gens d'agir sur leur santé. Ils font la promotion des moyens de prévention des risques sexuels (usage du préservatif, fidélité, abstinence), et incitent les gens (et leur partenaire) à réaliser le test de dépistage du virus afin de connaître leur statut sérologique.

Ils rappellent aussi aux usagers la conduite à tenir en cas de situation à risque d'exposition à une contamination par le VIH (consultation dans un centre hospitalier pour examen, et éventuelle prescription de TPE).

## 2.1.2 Revue des outils et supports de prévention du VIH utilisés par les acteurs en direction des migrants/étrangers

Comme nous l'avons précisé dans l'introduction de cette enquête, la population migrante/étrangère de Guadeloupe est en même temps, une composante de la société, et un public vulnérable face au VIH.

Ainsi, pour relayer leurs messages de prévention, les acteurs disposent d'outils d'information du VIH à lire ou regarder, d'outils d'animation de groupes, du préservatif, et du test de dépistage.

Voyons successivement les données recueillies pour chacun d'entre eux.

### 2.1.2.1 Les outils d'information sur le VIH utilisés par les acteurs en direction des migrants

- Les outils Grand Public

De nombreux outils de prévention du VIH à lire ou à regarder servent aux acteurs de la prévention individuelle et communautaire pour relayer les informations qu'ils fournissent oralement sur les différents aspects de la protection, du dépistage et de la maladie. Ce sont les outils « grand public ».

Ils sont principalement fournis par l'INPES gratuitement (via le COGES en Guadeloupe), et les avons retrouvés en accès libre aux côtés des préservatifs, dans les mêmes structures ou situations (manifestation de sensibilisation type 1er décembre).

- Les outils spécifiques destinés aux migrants

L'INPES traduit certains de ses outils en plusieurs langues (anglais, espagnol, portugais, créole haïtien...), et met en ligne (sur le net) un catalogue intitulé « *Outils de prévention SIDA à destination des migrants* »<sup>[21]</sup> que les acteurs de la prévention peuvent commander.

A l'échelle de la Guadeloupe, l'équipe du CHRU (en collaboration avec la CGSS) propose une « Invitation au Dépistage » en plusieurs langues, ENTRAIDE GWADLOUP' traduit sa brochure de présentation de l'association également en plusieurs langues.

Tous ces outils d'information du VIH utilisés par les acteurs sont présentés dans le tableau ci-après.

Mais nous tenons à signaler avant de les décrire, que les différents outils recensés durant l'enquête n'ont jamais été retrouvés tous ensemble dans une même structure. Seul le COGES possède un certain stock en tant que relais départemental de l'INPES.

<b><u>SUPPORTS TRADUITS</u></b> <b><u>en plusieurs langues</u></b>	<b><u>OUTILS D'INFORMATION</u></b> <b><u>utilisés</u></b>	<b><u>FOURNISSEURS</u></b> <b><u>des outils</u></b>
BROCHURES	<i>Livret Santé Bilingue</i> <i>Vaincre la maladie</i>	INPES, MS, COMEDE INPES, MS, SIS, ANAEM
DEPLIANTS	<i>Invitation au test du dépistage</i> <i>Le moment de savoir</i> <i>Sida, le dépistage</i> <i>Mode d'emploi des préservatifs</i>	CHRU, CGSS INPES, MS, SIS, ANAEM Id. Id.
AFFICHES	<i>Les femmes préfèrent les hommes qui les</i> <i>protègent</i>	INPES
BANDE-DESSINEE	<i>Les aventures de Maïmouna</i>	INPES, CRIPS, Afrique Avenir

***TABLEAU 2 :** tableau récapitulatif des outils d'information du VIH utilisés par les acteurs en direction des migrants/étrangers*

### 2.1.2.2 Les outils d'animation de groupes

Ces outils servent lors d'actions de prévention communautaire, et leur utilisation se réfère aux techniques d'éducation pour la santé que nous développons plus loin dans le chapitre 2.2.2.

Aucun outil d'animation de groupe spécifique aux migrants/étrangers n'est utilisé par les acteurs Guadeloupéens, à l'exception de l'outil utilisé par ENTRAIDE GWADLOUP' qui a été créé par une association dominicaine de prévention du VIH auprès des prostituées (COIN).

### 2.1.2.3 Le préservatif

Le préservatif est largement distribué dans les structures où nous nous sommes rendus, tant il reste un outil majeur de la prévention du VIH.

Il est accessible gratuitement dans tous les dispositifs socio-sanitaires de droit commun, dans les associations de prévention et d'aide à l'insertion, et dans quelques lieux institutionnels comme la CGSS, la CAF. On le retrouve aussi lors de toute manifestation de sensibilisation au VIH, ou lors d'une séance de prévention communautaire.

En théorie, cette distribution gratuite de préservatifs est le relais d'un message de prévention oral, et s'accompagne de quelques explications sur les bonnes règles d'usage (qualité, conservation, pose), sur la promotion du fémidon (préservatif féminin), ou encore la conduite à tenir en cas d'accident d'exposition à une contamination par le sexe (rupture de préservatif sans connaissance du statut sérologique du partenaire).

En 2007, la Guadeloupe a reçu une dotation de 162 000 préservatifs (dont 15 000 fémidons) venant de l'INPES (135 000 en 2006).

D'autres sources de dons existent : 100 000 préservatifs venant de l'association Vaincre le Sida Ensemble pour 2007 et 2008, et quelques dons ponctuels de laboratoires pharmaceutiques.

En revanche, nous n'avons aucune donnée quantitative ou qualitative sur l'utilisation des préservatifs par les migrants en Guadeloupe.

Concernant l'accès aux préservatifs, nous pouvons noter une diminution du nombre de DAP (distributeurs automatiques de préservatifs) sur le territoire Guadeloupéen, principalement liée à une dégradation du matériel, le fournisseur ne souhaitant plus entretenir les machines.

#### 2.1.2.4 Le test de dépistage du virus

Comme le préservatif, le test du dépistage du virus est un outil majeur de la prévention.

Il se réalise de façon anonyme et gratuite dans tous les CIDDIST – CDAG de Guadeloupe, ou dans les laboratoires d'analyses médicales sur prescription médicale, et il est suivi d'une consultation médicale afin d'en connaître le résultat.

Pour inciter les migrants à réaliser le test du dépistage, il est important pour les acteurs de prendre en compte les facteurs socio-culturels, les perceptions différentes de la maladie, et de vulgariser leur message de promotion du test. C'est le rôle de tout soignant.

Pour y parvenir, ils évoquent les possibles aspects mal connus du test : délai d'attente après une prise de risque de 2 mois, existence d'un traitement post-exposition, gratuité du test, respect de l'anonymat, et rappellent les arguments pour convaincre : importance de faire le point, meilleur pronostic si dépistage précoce de l'infection, existence de traitements pour retarder l'évolution de la maladie, possibilité de grossesse avec enfants en bonne santé<sup>[22]</sup>.

L'activité globale de dépistage du VIH/IST dans les CIDDIST – CDAG augmente d'année en année, passant par exemple pour celui du CHRU de 2 087 tests de sérologies du VIH en 2006 à 2 556 en 2007, et plus de 3 000 en 2008; ceux de Saint-Martin cumulent 1 000 tests en 2007.

Mais nous n'avons pas trouvé de donnée quantitative ni qualitative spécifique aux migrants : nombre de consultants, motifs de consultation, obstacles au dépistage.

Un dernier point concerne les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé), qui prévoit de mettre en place les tests de dépistage rapides dans les CIDDIST – CDAG. Ces tests permettent d'obtenir le résultat en ¼ d'heure et devraient ainsi permettre de limiter les perdus de vue après le prélèvement, comme on le voit avec des tests classiques pour 10 et 15% des consultants selon les sites. Mais, les textes officiels d'application autorisant cette mise en place ne sont pas encore parus.

## 2.2 Méthodes de prévention du VIH employées par les acteurs

### 2.2.1 La prévention individuelle

Comment se déroule une consultation de prévention individuelle avec une personne d'origine étrangère?

Elle se déroule le plus souvent dans une enceinte médico-sociale pluridisciplinaire (CIDDIST – CDAG, CPEF) ou seulement médicale (Cabinets), où les soins sont gratuits (si couverture de soins ouverte), dans une relation de face à face entre un soignant et un patient migrant d'origine étrangère.

Après le temps d'écoute du motif de consultation, le soignant tente d'évaluer la situation globale du consultant, c'est à dire les raisons de sa migration, sa situation socio-économique, sa vie affective et sa sexualité, et son risque d'exposition sexuel à une contamination par une IST.

Puis, le soignant répond à la demande du consultant (prescription de contraception dans un CPEF, réalisation d'un test de dépistage dans un CIDDIST – CDAG, conseils...).

Ensuite vient le temps de la diffusion des messages de prévention (informations, éducation et sensibilisation) que le soignant doit adapter au mieux en fonction de son évaluation globale du patient, et en prenant en compte de ses spécificités (niveau éducatif, représentations sociales et culturelles, perception du risque, contraintes quotidiennes nombreuses en lien avec la précarité). C'est là que se situe l'enjeu pour le soignant : s'adapter.

Le temps de consultation étant réduit, les acteurs semblent insister en priorité sur l'apport de savoir, et sur la promotion du savoir-faire. Pour relayer ces messages, les acteurs s'appuient sur le préservatif, le test de dépistage, et sur quelques outils

d'information du VIH à lire ou à regarder traduits en langue étrangère ou non.

Pour les usagers repérés comme étant en situation à risque d'exposition, un dernier temps peut consister à définir avec lui des objectifs visant à réduire ses risques d'exposition, et à l'orienter vers d'autres structures (CPEF, associations d'aide à l'insertion) et/ou d'autres professionnels (psycho-sexologues, assistantes sociales).

### 2.2.2 La prévention communautaire

La prévention communautaire se réfère aux principes de la santé communautaire, et requiert la participation de la population. Elle vise à informer et à éduquer les populations réunies en petits groupes ciblés (par exemple les migrants, les jeunes scolarisés).

Elle se déroule le plus souvent dans des lieux de proximité (associations de prévention, d'aide à l'insertion, de regroupement communautaire), avec une équipe d'animateurs et un groupe de quelques personnes.

Les projets mis en place viennent le plus souvent de l'initiative d'une association qui choisit de cibler ses actions de prévention vers les migrants, et plus rarement de la demande d'une association de regroupement communautaire. L'enjeu des acteurs est d'intéresser la population.

Là encore, les messages de prévention diffusés doivent être adaptés au public.

Les acteurs peuvent choisir de présenter les 3 grands messages de prévention, ou de se

concentrer sur un seul des 3.

A la différence de la prévention individuelle, la prévention communautaire laisse du temps pour aborder le savoir-être. En créant un dialogue avec et entre les citoyens, les animateurs peuvent traiter des représentations sociales et culturelles sur la maladie, des croyances et des peurs liminales, de la stigmatisation et de l'exclusion des PVVIH.

Les outils qu'ils utilisent pour travailler reposent sur les techniques d'animation de groupe.

Avant de voir en détails quelques unes de ces techniques, notons que l'enquête nous a permis de constater que les acteurs ne les utilisent pas toutes, faisant ressortir le même décalage que celui entre les outils d'information du VIH destinés aux migrants recensés et utilisés.

- Les ateliers santé

Cette méthode d'action consiste à fidéliser un groupe de gens, et à leur proposer un programme de séances d'éducation pour la santé. Les thèmes abordés peuvent être définis avec ou sans les participants. Les séances sont présentées par un animateur, et un intervenant spécialisé qui apporte ses connaissances (médecin, assistante sociale, sexologue).

Par cette méthode, la santé est prise en compte dans sa globalité, et les professionnels peuvent donner au public le savoir, le savoir-être, et le savoir-faire pour limiter leurs risques d'exposition à une contamination par le VIH/IST.

- La formation de relais associatifs

Cette technique a pour but d'identifier et mobiliser des relais de l'action préventive, dans le but d'atteindre et d'impliquer la population « migrante générale ».

Le plus souvent, elle succède à une action de prévention communautaire (ateliers santé par exemple) durant laquelle les acteurs ont repéré parmi les participants des “leaders” susceptibles de pouvoir relayer les messages de prévention dans leur communauté.

Cette technique repose sur la volonté de laisser les gens diffuser eux-mêmes les messages de prévention à leurs compatriotes, avec leurs manières et leur langage.

Cette méthode est souvent utilisée pour atteindre des publics particuliers comme les travailleurs du sexe.

- Actions de sensibilisation

Ponctuellement, les acteurs socio-éducatifs accompagnés de soignants sont amenés à animer une action de sensibilisation au VIH, lors d'un événement particulier (fête culturelle, rencontre sportive, forum santé, concert) ou dans un lieu de rencontres (foyers, associations de regroupement communautaire, marchés, restaurant).

Durant cette action, ils informent le public oralement et avec des outils à lire, distribuent des préservatifs, incitent au dépistage, et orientent les personnes vers les structures ressources (CPEF, CIDDIST – CDAG, services sociaux).

- La communication par les médias

La communication et la diffusion de messages de prévention par les médias les plus écoutés par les migrants (TV, radios) est aussi une approche de la prévention communautaire intéressante. Elle permet d'intervenir auprès d'un large public sans avoir besoin de le recruter. Rappelons que l'INPES avait en 2003 créé les premiers spots publicitaires de prévention du VIH mettant en scène des citoyens originaires d'Afrique Sub-Saharienne.

- Le théâtre

Le théâtre peut également être utilisé comme technique d'animation.

Le théâtre débat consiste à demander aux participants de soumettre des idées de situation à risque d'exposition, puis d'en choisir une, de la jouer, et d'en débattre. A la fin, la scène est rejouée avec les propositions d'alternatives, et les difficultés attendues pour les mettre en œuvre.

Le théâtre forum est organisé selon le même principe, mais la scène est jouée par un groupe communautaire (avec ses problématiques spécifiques) devant un public général.

Puis un personnage du public vient sur la scène afin de questionner les acteurs sur certaines connaissances, attitudes ou pratiques mises en scènes. Les réponses à ces questions du public se font sous forme d'improvisation théâtrale, dans le but de provoquer une prise de conscience chez les acteurs, et de leur donner les moyens du

changement par une modification de comportement.

- Autres

Citons encore comme techniques d'animation, les débats organisés autour d'une projection vidéo ou audio simples à mettre en œuvre, et enfin les groupes de paroles, bien adaptés au soutien des PVVIH, mais non étudiés dans cette enquête.

### 2.2.3 Les méthodes indirectes

Ce sont toutes les méthodes d'action qui peuvent améliorer la prévention individuelle ou communautaire en direction des migrants/étrangers.

Chacune des méthodes retenues apporte sa contribution différemment :

- l'évaluation des actions menées permet aux acteurs d'améliorer leur travail (indicateurs de suivi d'un programme), connaître la satisfaction du public et l'impact de leurs actions (indicateurs d'impact)
- la formation spécifique à la prise en charge des migrants est indispensable aux acteurs pour actualiser leurs connaissances, mutualiser leurs efforts, et accroître ainsi leurs capacités à s'adapter aux spécificités du public migrant et à répondre à leurs besoins et attentes
- la recherche scientifique en épidémiologie de la santé et des populations, en sciences sociales, ou en éducation pour la santé permet de mieux comprendre toutes les composantes de la prévention du VIH en direction des migrants, et

d'agir en conséquence

- les mesures institutionnelles sanitaires viennent faciliter le travail des professionnels socio-sanitaires et des acteurs socio-éducatifs dans la lutte contre le VIH chez les populations migrantes
- l'ouverture vers les pays voisins de la Caraïbe donne aux acteurs la possibilité d'échanger leurs expériences et de mieux intégrer les spécificités de l'épidémie dans la région dans leurs programmes d'actions de lutte contre le VIH, notamment en direction des migrants/étrangers
- enfin le militantisme joue un rôle important dans l'évolution des mœurs d'une société vis à vis des populations immigrées, et des PVVIH de leur pays.

## PARTIE 2 : SYNTHÈSE

### 1) LE MATERIEL DE PREVENTION

- Objectifs et contenu des messages de prévention diffusés aux M/E
  - 3 objectifs des messages de prévention : apporter du savoir par la transmission d'informations, améliorer le savoir-être en induisant une réflexion, et renforcer le savoir-faire en incitant à une évolution des comportements
  - Un contenu des messages diffusés aux migrants orienté vers les connaissances sur le corps, les modes de contamination du virus, les modes de protection, l'éducation à la vie affective et sexuelle, des comportements à risque.
  
- Outils de prévention du VIH utilisés par les acteurs en direction des M/E
  - Peu d'outils d'information du VIH à lire ou regarder spécifiques aux migrants utilisés en pratique par rapport à ceux disponibles.
  - 1 seul outil d'animation de groupes adapté : celui de l'association dominicaine COIN utilisé par ENTRAIDE GWADLOUP'.
  - Nombre total de préservatifs en augmentation sur la Guadeloupe, mais problème de disponibilité avec diminution du nombre de DAP. Aucune donnée sur l'utilisation du préservatif dans les populations M/E, seulement en population générale
  - Nombre total de tests de dépistage du VIH réalisés en Guadeloupe en

augmentation. Tests rapides en attente de validation. Peu de données spécifiques concernant les migrants.

## 2) LES METHODES EMPLOYEES

- La prévention individuelle

- principalement assurée par les équipes pluridisciplinaires de soignants des structures socio-sanitaires du pôle individuel
- réalisée lors de consultations ou d'entretiens dans une relation individualisée, et avec quelques outils de prévention
- missions de répondre aux attentes et besoins des consultants, de les informer, éduquer, et sensibiliser, et de les orienter
- enjeu avec le public migrant : adapter ses messages en prenant en compte ses spécificités.

- La prévention communautaire

- mise en oeuvre par les acteurs socioéducatifs des associations de prévention et d'aide à l'insertion du pôle communautaire
- à travers des projets d'actions de terrain auprès de groupes de migrants ciblés, en utilisant comme des techniques d'animation : ateliers santé, journées de sensibilisation, théâtre, médias, formation de relais
- missions d'informer, éduquer, et sensibiliser les gens aux risques sexuels exposant à une contamination par le VIH/IST
- enjeu avec les migrants : INTERESSER la population et emporter sa

participation active aux projets.

- Les méthodes

- assurées par l'ensemble des structures et acteurs impliqués dans la prévention du VIH en direction des migrants
- objectifs de contribuer à l'amélioration de la prévention du VIH par l'évaluation des actions, la formation spécifique des acteurs à la prise en charge des migrants, la recherche scientifique, l'ouverture vers les pays de la Caraïbe, et le militantisme.

### 3 État des lieux de la place des moyens d'action de prévention du VIH mis en œuvre en Guadeloupe en direction des migrants en fonction des méthodes employées

#### 3.1 Place des migrants dans l'activité de prévention individuelle du VIH des structures de soins

D'après les observations réalisées au cours de l'enquête, les migrants/étrangers semblent occuper une place importante dans l'activité de prévention individuelle du VIH des structures de soins, notamment dans celle des dispositifs socio-sanitaires de droit commun.

- Les CIDDIST – CDAG

Nous avons vu que l'activité globale des CDAG-CIDDIST augmente progressivement chaque année.

Mais nous ne disposons pour l'instant que peu de données chiffrées au CIDDIST du CHRU concernant la répartition des consultants en fonction de leur nationalité (14% en 2003 d'après le rapport du CISIH de la même année).

Notons que cette proportion est probablement plus grande pour celui du CH St Martin.

- Les CPEF

Le rapport annuel du département de PMI du CG de 2006 a montré que 45 % de ses consultants étaient d'origine étrangère, et précise que cette proportion varie nettement en fonction des sites. Ainsi, elle passe de 85% à St Martin ou 81% à Bouillante, à 0% à la Désirade et 5% à Morne à l'Eau.

Dans ce rapport, nous pouvons remarquer également la faible fréquentation des CPEF de l'association Maternité Consciente par les femmes migrantes, qui ne représentent que 4 % des consultations ou entretiens sur les 3000 faits annuellement.

- La médecine libérale

Les médecins généralistes rencontrés n'avaient pas de données chiffrées concernant la proportion de patients migrants dans leur patientèle. En revanche, les entretiens ont suffi pour évaluer la place de ce public dans leur activité, et pouvons avancer que là encore, cette proportion varie en fonction des villes où ils sont installés, mais qu'elle semble également varier en fonction du recrutement des patients de chaque médecin.

Ainsi, les deux médecins généralistes installés à Pointe à Pitre (Assainissement et Place de La Victoire) voient des patients d'origine étrangère tous les jours, alors que les autres installés à Gosier, Petit Bourg et Les Abymes n'en voient que quelques uns par semaine.

D'autre part, deux des MG rencontrés étaient des Médecins Agréés par la CGSS, et voyaient de ce fait plus de migrants d'origine étrangère consultant pour ce motif.

Notons enfin qu'aucun des médecins rencontrés ne faisait partie du réseau ville hôpital (ARVHG), mais tous suivaient quelques PVVIH d'origine étrangère.

- Les associations médico-sociales

Les données recueillies pour ces 2 associations (ARVHG et AIDES Saint Martin) montrent que les migrants/étrangers occupent une place importante dans leur activité de prévention secondaire.

L'ARVHG compte parmi la file active de patients qu'ils suivent (300 patients), dont ¼ d'étrangers.

AIDES Saint Martin quant à elle en recense quasiment 100 %, dont 80 % d'origine haïtienne.

Parallèlement, ces associations participent activement à la prévention primaire par des actions de sensibilisation au VIH.

### 3.2 Revue des programmes de prévention communautaire destinés aux migrants vivant en Guadeloupe

Cette partie de l'enquête effectuée a permis de faire 3 observations importantes :

- les programmes de prévention communautaire destinés aux migrants en

Guadeloupe sont peu nombreux

- ils sont plus souvent destinés aux travailleurs du sexe d'origine dominicaine qu'à la communauté haïtienne
- ils s'appuient sur 4 techniques d'animation : les ateliers santé, la formation de relais associatifs, les actions de sensibilisation, et la communication par les médias.

- Les ateliers santé

Nous présentons ici les initiatives des associations FORCES (*voir en annexe n° 4*), ENTRAIDE GWADLOUP', et FLE A MANGO.

FORCES propose au niveau de son Point Infos Familles, à la cité Chanzy de Pointe à Pitre, un atelier d'accueil et d'orientation des populations migrantes, où est inclus un atelier santé.

Les porteurs de ce projet souhaitent faciliter l'insertion sociale et professionnelle des personnes immigrées tout en insistant sur la prévention sanitaire.

Ils s'adressent donc aux adolescents et adultes M/E de Pointe à Pitre.

La partie "Sexualité et Vie Affective" comporte huit thèmes, abordés durant autant de séances de travail réparties sur deux mois. Les séances sont animées par un acteur de l'association, et des intervenants spécialisés comme des psychologues, des sages-femmes.

Au moment de l'entretien, le responsable du projet nous rapportait que les premières séances étaient réussies au niveau qualitatif car les personnes présentes étaient satisfaites, mais pas au niveau quantitatif puisque ce sont moins de huit personnes qui étaient présentes à chaque fois.

Nous avons appris par la suite que ces ateliers avaient été interrompus devant le manque de participation du public ciblé.

Depuis la fin de l'année 2007, ENTRAIDE GWADLOUP' réunit dans ses locaux, des petits groupes de migrants d'origine haïtienne, avec comme objectifs l'éducation à la vie affective et à la sexualité et la réduction des risques sexuels.

Peu de séances avaient été organisées lorsque nous avons rencontré le président et leurs résultats ne sont pas présentés. Mais ce projet faisait suite à l'échec d'une tentative de collaboration avec TET KOLE en 2006, sur un programme de formation de relais associatifs.

Enfin, FLE A MANGO, association d'aide à l'insertion basée à Perinet Gosier, propose aux travailleurs du sexe du quartier de Grand-Baie Gosier, des ateliers santé dont les thèmes sont similaires à ceux de FORCES. Leur programme semble rencontrer une bonne dynamique auprès du public ciblé.

- La formation de relais

Le seul programme de prévention communautaire ayant comme méthodologie

d'action la formation de relais est celui d'ENTRAIDE GWADLOUP' (voir en annexe n° 5). Il est dirigé vers les travailleurs du sexe d'origine dominicaine de Guadeloupe (quartiers Carénage Pointe à Pitre, Grand-Baie Gosier, St François).

Ce programme, financé par le GRSP et SIDACTION, est inter régional : il concerne les trois DFA. Sa mise en œuvre est prévue pour courant 2008.

Il fait suite à une collaboration étroite avec COIN (Centro de Orientacion y Investigacion Nacional), association dominicaine œuvrant depuis plus de 15 ans dans le domaine de la prévention du VIH avec les prostituées de son pays, et déjà en collaboration avec ENTRAIDES GUYANE et d'autres associations de pays voisins de la Caraïbe.

Le programme prévoit plusieurs modalités d'intervention :

- permanences pluri hebdomadaires
- mise en place de maraudes nocturnes
- mise à disposition de préservatifs masculins et féminins, et de documentations traduites
- invitation au dépistage précoce du VIH en collaboration avec les CDAG
- formation de relais communautaires, (formation intitulée “*Messagères de la santé*”), avec trois objectifs : valoriser l'estime de soi, apporter des connaissances sur le VIH/IST afin de modifier les attitudes et les comportements, et inciter les femmes à devenir des relais d'animation d'actions

auprès de leurs pairs.

Les associations porteuses de ce projet (COIN, ENTRAIDE GWADLOUP', ENTRAIDES Guyane, AMVIE (Association Martinique Vivre Ensemble), et LATINOS UNIDOS de Martinique) se sont rassemblées au sein d'un "*Groupe d'action régional sur le VIH/Sida et les IST, le travail sexuel et la traite humaine*".

Leurs priorités sont multiples, mais la principale est de créer une plate-forme régionale capable de réfléchir sur la vulnérabilité de certaines communautés en intégrant toutes les composantes.

Ils pourraient ainsi améliorer les programmes de lutte contre les IST/VIH/SIDA en direction de ces communautés (faire une enquête sur la prostitution dans la Caraïbe, organiser un séminaire de formation de tous les acteurs, produire de nouveaux outils, favoriser l'accès aux soins, la prévention, le dépistage des migrants/étrangers, ainsi que l'accès aux droits).

- Les actions de sensibilisation

Les associations Saint-Martinoises de lutte contre le VIH travaillent en collaboration avec AIH et la communauté dominicaine, pour l'organisation d'actions de sensibilisation au VIH lors d'évènements culturels (Carnaval), sportifs, ou festifs (soirées dansantes dans un restaurant, sponsoring d'un groupe de musique).

Ces initiatives semblent durer dans le temps, puisque certaines sont reconduites d'une année sur l'autre.

- La communication par les médias

Les acteurs Saint-Martinois travaillent également en collaboration avec l'AIH pour organiser des interventions sur la chaîne câblée haïtienne et sur les ondes radiophoniques les plus écoutées. Ils y diffusent des informations sur les risques sexuels, les lieux ressources d'orientation (CDAG, CPEF). Ces interventions semblent rencontrer un certain succès et sont régulièrement effectuées.

### 3.3 Les moyens d'action indirects

- L'évaluation des actions

Au terme de l'enquête, nous avons pu constater que peu de structures évaluent leurs actions, et pas systématiquement.

Les plus sensibilisées sont les dispositifs socio-sanitaires hospitaliers, le service d'Education Pour la Santé de la CGSS, les associations ENTRAIDE GWADLOUP', COGES, FORCES, et Maternité Consciente.

Pour la prévention individuelle, le CIDDIST – CDAG du CHRU fait remplir un questionnaire de connaissances et d'évaluation des risques sexuels à ses consultants.

Pour les actions de prévention communautaire, les structures recensées plus haut évaluent :

- leur travail, par une évaluation quantitative (nombre de personnes attendues, nombre de personnes présentes, nombre d'intervenants) et qualitative ( compte rendu d'un atelier de santé ou groupe de parole, incidents et accidents survenus) de l'action
- la satisfaction du public concerné par un questionnaire
- les connaissances du public par un questionnaire du type “avant / après”.

- La formation spécifique

Les entretiens ont révélé qu'aucune formation spécifique à la prise en charge des migrants n'était prévue dans les activités des structures, même par les plus concernées.

Quelques acteurs ont quand même évoqué l'utilisation d'outils destinés à l'auto-formation, tels que :

- Guide de la prise en charge médico-psycho-sociale des M/E en situation précaire écrit par le COMEDE (Comité médical pour les exilés)<sup>[23]</sup>
- Conseils pour le dépistage du VIH/SIDA chez la personne M/E écrit par l'INPES<sup>[24]</sup>.

Notons également que le COGES propose à des groupes de professionnels socio-sanitaires ou d'acteurs socio-éducatifs une formation sur la prise en charge des PVVIH, en s'appuyant sur un outil de l'INPES appelé “Parcours de Vies”, dans lequel une des situations à travailler concerne un migrant d'origine étrangère porteur du VIH.

- Recherche scientifique

Deux études sont actuellement en cours en Guadeloupe, et devraient donner leurs conclusions courant 2009.

La première, c'est l'étude de « recherche-action » socio-anthropologique sur la prostitution en Guadeloupe, lancée par la DSDS, et portée par l'association GRISELIDIS (*voir en annexe n° 6*).

Les promoteurs souhaitent définir la nature de la prostitution en Guadeloupe, et surtout, les modalités de mise en œuvre d'une politique de réduction des risques face aux IST/VIH/SIDA et aux addictions, et d'accès aux soins pour les personnes en grande précarité.

Ils ont comme axes de travail :

- la prostitution de rue et les femmes migrantes
- le travail du sexe dans les lieux commerciaux.

La deuxième étude, portée par l'ORSAG et financée par le GRSP, rentre dans le champ de l'épidémiologie de la santé et des populations.

Elle a pour but d'exploiter toutes les données issues du questionnaire DRAFT que remplissent tous les consultants du CIDDIST – CDAG du CHRU depuis 2006.

- L'ouverture vers les pays voisins de la Caraïbe

Le PANCAP (Pan Caraïbe Partenariat) est la plus haute instance de coordination du VIH/SIDA dans la région Caraïbe.

Cette organisation a été créée en 2001. Elle rassemble l'ensemble des pays de la CARICOM (Communauté du Bassin Caraïbe), mais les DFA et les PTOM anglais et néerlandais n'en font pas partie.

Depuis 2006, un projet de coopération entre le PANCAP et les DFA et les PTOM anglais et néerlandais est en place. Il est facilité par le CAREC (Caribbean Research and Epidemiology Center) qui œuvre pour l'amélioration de l'état de santé des Caribéens en développant les capacités de ses pays membres en épidémiologie, techniques de laboratoire, et dans la santé publique à travers la coopération technique, les services, la formation et la recherche.

Ce programme a quatre objectifs (*voir en annexe n° 7*) :

- défendre les droits des PVVIH et de leur famille
- coordonner la prévention et l'adapter à chacune des populations ciblées
- améliorer l'accès aux soins et aux traitements
- renforcer la mise en réseau, la coordination et la gestion des programmes.

Dans un cadre moins institutionnalisé, notons quand même l'initiative du service de médecine infectieuse du CHRU, qui a formé à l'utilisation des antirétroviraux six

équipes de soignants originaires d'Haïti, Dominique, et Montserrat, et travaillé pendant quelques jours sur les méthodes respectives de prévention du VIH, de prise en charge thérapeutique et d'accompagnement des PVVIH. Cette rencontre a été fructueuse et les acteurs ont souhaité sa réédition. L'équipe française s'est notamment enrichie d'une formation rapide à la technique du « Counseling » largement pratiquée en Haïti.

- Mesures institutionnelles sanitaires

Suite à la demande simultanée des services sociaux de chaque service de maladies infectieuses des 3 centres hospitaliers de Guadeloupe, la DSDS a mis en place un travail de collaboration entre les travailleurs sociaux (centres hospitaliers, associations), la CGSS, eux-mêmes et la Préfecture, pour améliorer l'accès aux soins en urgence des personnes M/E.

Dans le même cadre, la DSDS a également la mission de rendre fonctionnelle la PASS (Permanence pour l'accès aux soins et à la santé) du CHU de Pointe à Pitre, qui était une des recommandations régionales inscrite dans le PRAPS 2000 (Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins), et qui n'est toujours pas en place.

Nous pouvons également citer le projet de la DSDS de renforcer l'accès aux préservatifs, grâce à la création d'une centrale d'approvisionnement qui serait basée en Guadeloupe et servirait plusieurs états de la Caraïbe. Elle espère ainsi régler des problèmes de stockage des préservatifs, et s'assurer d'une autonomie par rapport aux donations de la métropole.

Enfin, signalons la volonté du COREVIH de réfléchir pour améliorer l'accès au dépistage du public migrant (mieux atteindre ce public, sensibiliser les soignants à l'intérêt d'une proposition plus systématique du dépistage), et pour développer plus d'actions de prévention communautaire de proximité.

- Le militantisme

Notre enquête a permis de connaître une partie du travail effectué par la Ligue des Droits de l'Homme, du Collectif contre la Xénophobie, et depuis plus récemment, de la FAFHG.

Ils agissent pour la valorisation de l'image des étrangers, notamment d'origine haïtienne, pour le respect des droits des personnes, et contre toute forme de racisme.

Par exemple, la LDH a fait passer en avril 2008 un communiqué de presse dans lequel elle défendait activement l'intérêt des populations migrantes originaires d'Haïti victimes de discriminations et d'injustices : « la section guadeloupéenne de la Ligue des Droits de l'Homme proteste contre les entreprises de destruction des familles et de maltraitance des familles, et attire l'attention du CG, garant de la protection de la mère et de l'enfant par son service de PMI, sur les graves préjudices subis par les enfants qu'il a en charge de protéger ».

Le Collectif Haïti de France a adressé à ses collaborateurs des DFA fin 2008, un article intitulé « Etre haïtien en Martinique et en Guadeloupe », issu de leur journal « Nouvelles Images d'Haïti »<sup>[25]</sup>. Cet article pointe du doigt le statut juridique précaire

de nombreux ressortissants haïtiens, la discrimination qu'ils subissent dans les conditions de travail, de logement, dans la rue ou les écoles, et la xénophobie accrue en Guadeloupe.

Ainsi, le CHF milite pour la sensibilisation aux différences culturelles, pour l'ouverture des esprits, et pour la défense des droits humains.

Toujours concernant le militantisme en Guadeloupe, certains acteurs sont inscrits sur une mailing-liste appelée « migrants.outremer@rezo.net », qui réunit de nombreux acteurs de métropole et d'ailleurs (Mayotte, DFA) impliqués dans la défense des droits des étrangers (GISTI, CIMADE, COMEDE...). Cet espace d'échanges d'expériences et d'informations semble bien profiter aux acteurs guadeloupéens qui se sentent isolés sur l'île, avec peu de recours pour débloquer certaines situations juridiques de migrants en marge du droit commun.

Un autre aspect du militantisme touche à la lutte contre les discriminations et la stigmatisation à l'égard des PVVIH.

C'est ainsi qu'en 2007, lors de la journée mondiale du Sida, Me Dominique Pineau, cofondatrice de l'association GWADA-UNI VERS, a mené une action médiatique importante, en parlant à visage découvert dans un entretien au journal quotidien le plus répandu de l'île, le "France Antilles".

Cette activiste convaincue a ainsi contribué à faire évoluer les consciences collectives à l'égard des PVVIH, et s'inscrit bien dans la lutte contre la stigmatisation qu'ils subissent.

### PARTIE 3 : SYNTHESE

#### 1) La prévention individuelle

- forte proportion de migrants dans la fréquentation des dispositifs socio-sanitaires de droit commun (45 % dans les CPEF dépendants de la PMI)
- fréquentation des migrants dans les cabinets de médecine libérale dépendante du lieu d'exercice, et du recrutement de la patientèle et rattachée dans certains cas aux compétences du médecin
- représentation importante de la population migrante dans les associations socio-médicales de suivi des PVVIH, en accord avec les données épidémiologiques

#### 2) La prévention communautaire

- peu de programmes d'actions de prévention pérennes en direction des migrants
- plus de programmes en direction des prostituées d'origine dominicaine, qu'en direction de la communauté haïtienne, avec notamment le programme inter régional porté par 'ENTRAIDE GWADLOUP' en collaboration avec COIN, qui paraît reposer sur de bonnes bases méthodologiques
- 4 techniques d'animation utilisées : la formation de relais, les ateliers santé, les interventions médiatiques, les actions de sensibilisation.

### 3) Les moyens indirects

- évaluation systématique de l'impact et du suivi des actions non généralisée parmi les structures impliquées dans la prévention, mais en développement
- aucune formation spécifique des acteurs à la prise en charge des migrants
- recherche scientifique intéressante avec les études socio-anthropologique de la DSDS, et épidémiologique de l'ORSAG
- le PANCAP : un programme de santé publique à l'échelle de la Caraïbe
- quelques mesures institutionnelles sanitaires visant à améliorer l'accès aux droits sociaux des étrangers (mais PASS CHRU toujours pas ouverte), et au dépistage
- un militantisme qui s'organise peu à peu à travers la lutte contre les discriminations et la xénophobie à l'égard des haïtiens, et à la stigmatisation des PVVIH.

## 4 Recueil des opinions des acteurs sur les obstacles rencontrés dans leur travail et sur les pistes d'amélioration à proposer

Cette partie de l'enquête a permis de sonder l'opinion des acteurs interrogés sur les différents obstacles à la prévention du VIH en direction des migrants et sur les pistes d'amélioration à proposer.

Nous présentons les résultats selon les 3 grands types d'obstacles que les acteurs ont avancés :

- obstacles en rapport avec la qualité de leur travail : l'auto-critique des acteurs
- obstacles en rapport avec des difficultés administratives limitantes : le combat avec l'environnement administratif et sociétal
- obstacles en rapport avec la population migrante/étrangère elle-même : une vulnérabilité multi factorielle.

## 4.1 Obstacles en rapport avec la qualité du travail de prévention effectué : L'AUTOCRITIQUE des ACTEURS

- Un réseau structurel non fonctionnel

### COMMENTAIRES et REFLEXIONS

La majorité des acteurs (plus de 70%) ont pointé du doigt le manque de coordination des efforts, d'homogénéité des projets, et de solidarité dans la lutte, dus à un réseau insuffisamment structuré, et à l'absence de programme commun établi.

En fait, c'est un réseau d'acteurs autour de personnes ressources, et non un réseau structurel de réflexion et d'intervention.

Quelques acteurs ont également tenu à remarquer des particularités insulaires à leur travail :

- le poids inférieur du militantisme en Guadeloupe par rapport à celui de métropole
- certaines rivalités entre associations et institutions
- la proximité des acteurs et structures qui se connaissent tous très bien.

### PROPOSITIONS et REMARQUES

Avec la mise en place du COREVIH et l'arrivée des acteurs associatifs dans ce comité, la lutte contre le VIH doit gagner en unité. Cette structure va servir de pôle de référence pour tous les acteurs, et devrait rendre opérationnel le réseau structurel.

La présidente du COREVIH propose d'établir les bases d'un programme commun de lutte contre le VIH spécifiquement destiné aux migrants de Guadeloupe, qui serait à rédiger par le GRSP.

Les acteurs associatifs eux, ont formulé le désir et le besoin de s'ouvrir à d'autres acteurs de la lutte contre le VIH, comme les grandes associations nationales (ACT'UP, Survivre au sida, SIDACTION), les organismes de soutien aux migrants/étrangers (COMEDE, CIMADE), et les pays voisins de la Caraïbe (Haïti, République Dominicaine, Dominique).

Enfin, TET KOLE nous a fait part de sa volonté de plus travailler en réseau avec les associations de prévention, d'aide à l'insertion, ainsi qu'avec les soignants.

- Des messages et des outils d'information du VIH et d'animation de groupes mal adaptés aux spécificités des migrants

#### COMMENTAIRES et REFLEXIONS

Une dizaine d'acteurs (28%) ont révélé avoir plus de difficultés à faire passer les messages de prévention du VIH aux migrants qu'à d'autres publics.

Les difficultés avancées ont été : la barrière linguistique et la difficulté à vulgariser les messages, l'absence de formation à la prise en charge des spécificités des migrants, et des outils inadaptés.

Le préservatif et le dépistage sont largement utilisés, promus, et expliqués. Mais chacun pose malgré tout des difficultés avec les migrants.

Le préservatif lui, pose le problème de son utilisation. Pour un médecin du CIDDIST, celle-ci est « dépendante des CAP de chaque partenaire, et ne peut donc être que aléatoire ». L'IDE de l'association St Vincent de Paul interrogée, a elle-aussi remarqué la difficulté pour les femmes notamment à imposer à leur(s) partenaire(s) le port du préservatif. Plusieurs arguments semblent revenir : « on se connaît bien maintenant », « oui mais je te rends service par ailleurs », « il y a moins de plaisir avec ».

Pour le dépistage, un médecin de PMI note la peur de l'annonce de la maladie synonyme d'exclusion, et la peur de la stigmatisation ou du bouche à oreille, comme probables obstacles à la réalisation du test.

Quant aux outils d'information du VIH, les acteurs avouent diffuser leurs messages de prévention à l'oral sans les relayer systématiquement par des supports écrits adaptés.

Pourquoi ? Certains d'entre eux ont répondu qu'ils n'étaient pas adaptés à la culture orale (et à l'analphabétisme) de certaines communautés migrantes, d'autres n'en ont pas la connaissance (médecin de PMI, associations de proximité) et posent le problème de la

diffusion des supports existants. Enfin 4 des 6 médecins généralistes disent ne pas en avoir besoin car les gens n'en souhaitent pas (l'un d'eux remet en question l'intérêt de ces « bouts de papier qui n'intéressent pas les gens »).

Le cas des outils utilisés pour la prévention communautaire est identique, dans la mesure où les actions reposent sur des techniques aspécifiques d'animation de groupes, et n'utilisent pas les quelques outils spécifiques créés par l'INPES. Un président d'association pose là aussi la question de savoir si ces outils sont adaptés.

### PROPOSITIONS

Dans le but de mieux adapter leurs messages de prévention, les équipes pluridisciplinaires des dispositifs socio-sanitaires de droit commun ont émis l'idée d'intégrer dans leurs rangs un interprète capable de relayer leur discours lors de certains entretiens ou consultations.

Pour faire face aux difficultés en rapport avec le dépistage et le préservatif, les acteurs souhaiteraient renforcer le regard des gens sur leur intérêt. Pour cela, il faut continuer d'informer les populations, individuellement et collectivement, tout en renforçant les comportements positifs déjà en place. L'accessibilité doit être facilitée et les lieux de dépistage mieux connus. Un médecin suggère de faciliter la réalisation des tests tant en augmentant les lieux et les modes de réalisation afin de les rendre plus accessibles aux populations migrantes sur leur parcours de soin (tests rapides dans les PMI, chez les médecins généralistes).

Pour les outils d'information du VIH, certains aimeraient être mieux informés des nouveaux supports, et surtout qu'ils soient mieux diffusés. C'est le souhait des médecins de PMI et de 2 directeurs d'association.

Pour d'autres, les outils doivent être mieux contextualisés.

Le président d'ENTRAIDE GWADLOUP' voudrait qu'on sollicite plus les professionnels de la prévention du VIH du pays d'origine des publics migrants, comme ils le font actuellement avec le programme « Messagères de la Santé » de l'association COIN, afin de bénéficier de leurs outils.

La présidente du COREVIH quant à elle, n'oublie pas la possibilité de réhabiliter des outils déjà existants.

Quant aux outils d'animation de groupes, la directrice de l'association INITIATIVE – ECO fait la promotion du théâtre forum comme méthode intéressante à essayer avec des publics migrants.

Le professionnel entretenu à la DSDS propose elle d'insister sur la communication avec les migrants par les médias qu'ils regardent et écoutent.

- Un problème de sensibilisation des Haïtiens

#### COMMENTAIRES et REFLEXIONS

36 % des acteurs interrogés ont tenu à remarquer leur sentiment de frustration par rapport à la faible participation de la communauté haïtienne aux projets de

prévention menés, alors que la communauté des prostituées d'origine dominicaine est plutôt réceptive aux initiatives entreprises.

Il leur est difficile de créer un climat de confiance susceptible d'assurer la pérennité des projets, et ce sont ainsi plusieurs actions dirigées vers un public haïtien qui ont été interrompues sans arriver à atteindre les objectifs fixés.

Pour expliquer ce problème de sensibilisation au VIH des Haïtiens, un médecin engagé rappelle que « les contraintes quotidiennes des migrants en situation de précarité et au statut juridique incertain, ne laissent pas le temps pour des considérations sanitaires ».

Une psychologue cite les nombreuses souffrances que vivent les migrants comme autre obstacle à la sensibilisation : situation d'exil, isolement social, peur des contrôles de police s'ils sont sans-papiers, exclusion culturelle.

La coordinatrice de AIDES observe que la stigmatisation du VIH au sein de la communauté haïtienne est trop forte, au point que les citoyens ne veulent pas y être associés, même de loin, même s'ils ne sont pas malades. Ils ont peur d'être exclus des leurs. Ceci grève toute chance d'implication de leur part dans une action de prévention du VIH.

### PROPOSITIONS

L'assistante sociale du CISIH du CHRU en 2007, souhaiterait qu'on encourage l'alphabétisation, l'emploi, le logement, les formations des migrants, afin qu'ils aient moins de contraintes quotidiennes et qu'ils puissent prendre en charge leur santé.

La présidente du COREVIH pense que l'intervention de médiateurs culturels

pourrait aider à comprendre et dépasser cet obstacle au recrutement des participants.

Une chargée de mission VIH au COGES pense elle qu'il faudrait mieux cibler les lieux d'intervention, en étant présent sur le parcours d'insertion administrative, sociale, et professionnelle des migrants : Préfecture, FLE, CAF, associations, ADI, Mission locale...et agir individuellement et par petits groupes.

Le président d'ENTRAIDE GWADLOUP 'souhaiterait proposer aux usagers d'origine haïtienne de l'association de participer avec eux à l'élaboration d'un projet de prévention du VIH, afin de mieux définir les demandes et de se donner plus de chances d'y répondre.

Il envisage aussi d'établir un partenariat avec une association de prévention d'origine haïtienne, pour être formé à leurs techniques d'intervention selon la même démarche qu'avec COIN, l'association dominicaine.

## 4.2 Obstacles en rapport avec un environnement défavorable

- Des difficultés administratives quotidiennes sur fond de discrimination

### COMMENTAIRES et REFLEXIONS

11 des 32 acteurs interrogés (34 %) ont signalé des difficultés administratives quotidiennes avec la prise en charge des M/E (notamment d'origine haïtienne).

La chargée de mission VIH du COGES parle de « « burn-out » des assistantes sociales qui sont face à de véritables remparts administratifs, et souvent sans recours ».

Pour un président d'association, « nous les travailleurs sociaux sommes victimes de l'abus de micropouvoirs à tous les étages des structures administratives telles que la Préfecture, la CGSS, les mairies...mais il y a des règles locales, c'est comme ça ».

Un gynécologue interrogé met clairement en cause les lois antimigratoires actuelles dures comme obstacle à la prévention (politique des quotas avec traque des sans-papiers, augmentation des CRA, loi du 24/07/06 qui annule les recours suspensifs contre les arrêtés de reconduite à la frontière) : « Tant que les politiques antimigratoires seront si dures, elles resteront incompatibles avec les politiques sanitaires de réduction des risques sexuels des populations migrantes, et tous les efforts de prévention seront inefficaces ».

Il rajoute : « Il n'y a pas de place pour la prévention si les structures socio-sanitaires d'accueil ne sont pas fonctionnelles », en citant l'exemple de la PASS du CHRU qui n'est toujours pas ouverte.

D'autres acteurs des responsables d'association ou des assistantes sociales déplorent des comportements de discrimination voire de xénophobie à l'égard des haïtiens sur leur parcours dans les administrations.

Comme le résume un médecin généraliste agréé, « nous assistons d'un côté, à une réduction des droits essentiels des étrangers, et de l'autre, à une résistance des agents administratifs à faciliter l'application de ces droits ».

Rajoutons pour finir la remarque d'une responsable d'association sur le manque d'autonomie des migrants dans les démarches administratives en raison de difficultés linguistiques.

### PROPOSITIONS

Voici les pistes d'amélioration avancées par quelques acteurs :

- Mobiliser les médias pour lancer un débat de société sur la xénophobie, l'immigration dans les DOM (Mayotte, Guyane), et ses solutions politiques (quotas, recours suspensif)
- Réduire le délai d'obtention d'un titre de séjour et augmenter sa validité à 1 an avec autorisation de travail, ce qui ouvre aussi l'accès aux droits sociaux
- Lutter contre les discriminations avérées de certaines structures institutionnelles telles que la Préfecture, les mairies avec des structures œuvrant pour la défense des droits de l'Homme et aptes à faire pression sur ces institutions, ainsi que par un débat dans ces administrations sur la situation des populations migrantes.

### 4.3 Obstacles en rapport avec la population migrante/étrangère elle-même : une VULNERABILITE MULTIFACTORIELLE

- Des Connaissance/Attitudes/Pratiques insuffisants

#### COMMENTAIRES et REFLEXIONS

Des difficultés existent avec le niveau des CAP des populations M/E. C'est ce que notent bon nombre de professionnels sanitaires et acteurs associatifs (31 %).

Premièrement, les connaissances ne sont pas suffisantes et rendent difficile la diffusion des messages de savoir-être et de savoir-faire.

Plusieurs acteurs des CPEF ont repéré chez leur public féminin d'origine étrangère un défaut de connaissance de leur corps, une confusion entre moyens de prévention des IST et moyens de contraception, des difficultés à percevoir une situation à risque et à y faire face, l'ignorance des traitements (TPE ou ARV) gratuits et efficaces.

Un président d'association haïtienne confirmait ces propos en avançant que la population haïtienne manquait d'informations.

Deuxièmement, des croyances erronées persistent. Elles font barrage à l'évolution des mœurs et des comportements, et sont sources de stigmatisation des PVVIH.

Certaines sont véhiculées par des aspirations magico-religieuses : « le Sida est un sort », « le Sida n'existe pas », « il ne me touchera pas ».

La question de l'influence des pasteurs dans les comportements de la population iraient quelquefois à l'encontre des messages de prévention du VIH : « la fidélité n'a pas besoin de préservatif », « le planning familial, c'est pêché, les enfants, c'est la vie ».

La stigmatisation des PVVIH qui en découle entraîne leur exclusion microsociale et leur isolement.: « il existe un rejet des PVVIH et même de la délation au sein de la communauté haïtienne ».

Troisièmement, la sexualité est un sujet tabou, que les femmes par exemple consultantes des CPEF n'aiment pas aborder. Ainsi lors des entretiens, de nombreux points restent sans discussion bénéfique : la situation affective ou maritale? L'utilisation du préservatif? La place de l'homme dans la relation?

### PROPOSITIONS

Pour un des acteurs associatifs de prévention, « il faut s'efforcer nous acteurs d'adapter au mieux nos messages afin d'augmenter leur appropriation par la communauté migrante, et toujours préférer un relais associatif pour intervenir ».

Un des médecins interrogés pense que la prévention du VIH/IST doit être intégrée dans la santé globale, afin de banaliser les messages d'éducation à la vie affective et sexuelle.

Cette idée est complémentaire de celle d'une psychologue, qui préconise de faire évoluer les messages de prévention vers un débat sur la sexualité avec un grand « S » et

voudrait voir créer des espaces où l'on peut parler de sexualité « sans tabou et sans honte ». De nombreux thèmes pourraient y être abordés : la violence conjugale et les rapports de genre, le multi partenariat et l'infidélité, la sexualité comme moyen d'échange avec les hommes, les carences affectives, l'utilisation des préservatifs, et d'autres encore.

Une présidente d'association va dans ce sens car elle aimerait faire comprendre aux gens que : « moun ki ni sida, cé pa moun ki ka tourné » <sup>1</sup>

Enfin, un des membres du bureau d'une association haïtienne pensent qu'il serait intéressant de travailler en collaboration avec les représentants des communautés religieuses, afin qu'ils soient eux-aussi des relais d'information et de sensibilisation.

- La précarité importante

Les populations migrantes vivent pour la plupart dans des conditions de précarité importante.

Ce facteur a été mis en avant par 8 des 32 acteurs rencontrés pour expliquer la vulnérabilité des migrants face à la maladie.

D'après eux, le niveau socio-éducatif des migrants est souvent bas, avec un illettrisme courant.

Ils sont économiquement pauvres, recevant des aides sociales (à condition que leurs droits sociaux soient ouverts pour obtenir l'aide au logement, les allocations familiales, la protection maladie), et vivant en marge du droit commun s'ils sont en situation

---

1 Ma traduction : « les gens qui ont le sida, ce sont pas tous des libertins ».

irrégulière.

Ils trouvent des emplois dans une économie souterraine (marchés, bâtiments, exploitations agricoles).

Ils sont éloignés de leur culture, et vivent pour la plupart regroupés entre eux, et isolés de la population guadeloupéenne.

- La vulnérabilité des femmes

22 % des acteurs ont enfin évoqué des comportements sexuels à risques, comme difficilement compatibles avec une bonne prévention, notamment en ce qui concerne les femmes.

Les femmes seules paraissent « plus vulnérables face à la maladie que les hommes seuls, mais très fortes dans la vie », d'après une responsable d'association très présente sur le terrain.

Un des médecins généralistes fait allusion à une « prostitution officieuse » entre jeunes femmes et hommes d'un certain âge, avec échanges d'intérêts.

Une des psychologues rappelle que les rapports de genre entre sexes opposés nourrissent des inégalités face aux risques sexuels, avec des difficultés pour les femmes à imposer le préservatif, ou le test du dépistage à leurs nouveaux partenaires.

Une présidente d'association. nous a quant à elle parlé d'un « multi partenariat masculin toléré » que subissent beaucoup de femmes en Guadeloupe, ainsi qu'un recours fréquent des hommes à la prostitution.

## PARTIE 4 : SYNTHÈSE

### 1) L'AUTO CRITIQUE DES ACTEURS

- Un manque de programme commun et de travail en réseau structurel
  - 70 % des acteurs ont mis en avant le manque de coordination dans les actions, et les faiblesses d'un réseau interpersonnel et non inter structurel
  - leurs propositions : élaborer un programme commun, adhérer pleinement au COREVIH, s'ouvrir aux autres pays de la Caraïbe (Haïti, République Dominicaine), aux grandes associations nationales de lutte contre le sida (SIDACTION), et aux organismes de soutien des migrants (COMEDE).
  
- Des messages et outils mal adaptés aux migrants
  - 28 % des acteurs ont insisté sur leurs difficultés à adapter leurs messages de prévention au public migrant, à diffuser des outils qu'ils jugent inadaptés, et à englober toutes les spécificités de ce public dans leur prise en charge globale
  - leurs propositions : intégrer des interprètes dans leurs équipes, faire appel à des outils venant du pays originaire des migrants, être mieux formés à la prise en charge des migrants.
  
- Une participation insuffisante de la communauté haïtienne aux actions de prévention

- 36 % des acteurs ont remarqué le problème de sensibilisation de la communauté haïtienne au VIH, en comparaison avec la communauté de prostituées d'origine dominicaine
- leurs propositions : encourager l'insertion des migrants (alphabétisation, logement, travail), cibler les lieux d'intervention en étant sur le parcours d'insertion administrative, sociale et professionnelle des migrants, collaborer avec des équipes de prévention des pays d'origine des migrants.

## 2) Un COMBAT avec l'environnement administratif et sociétal

- 34 % des acteurs ont avancé comme principal obstacle à la prévention du VIH en direction des migrants le poids de l'environnement administratif (droits essentiels bafoués, lois antimigratoires dures) et sociétal (discrimination et xénophobie)
- leurs propositions : alerter les autorités administratives des abus de pouvoirs et de la discrimination dans les établissements publics, lancer un débat de société sur la situation des étrangers en Guadeloupe, s'ouvrir aux organismes militants.

## 3) Une VULNERABILITE MULTIFACTORIELLE

- 31 % des acteurs ont repéré une insuffisance de connaissances, des croyances erronées, et une vie affective et sexuelle à risque d'exposition aux VIH/IST,

comme obstacle à la prévention

- leurs propositions : mieux adapter les messages de prévention, en insistant notamment sur l'éducation à la vie affective et sexuelle des femmes, travailler en collaboration avec les communautés religieuses
- 25 % ont également voulu placé la précarité comme autre obstacle à la prévention du VIH en direction des migrants
- enfin, ils étaient 22 % à évoquer la plus grande vulnérabilité des femmes face à la maladie, dans une société emprunte de comportements sexuels particuliers : rapports de genre déséquilibrés, multi partenariat masculin, recours à la prostitution plus fréquent.

## **SYNTHESE GLOBALE**

Nous retiendrons 5 résultats principaux de cette enquête médico-sociale de terrain sur le travail de prévention du VIH en direction des migrants effectué en Guadeloupe.

### **TROIS RÉSULTATS EN RAPPORT AVEC L'ANALYSE DU TRAVAIL**

#### **DES ACTEURS ET LEUR AUTOCRITIQUE**

- 1) La lutte contre le VIH s'organise au sein d'un réseau à 4 pôles entouré par le COREVIH, mais c'est un réseau interpersonnel, et non inter structurel, qui manque de coordination.
- 2) Les objectifs des messages sont clairs mais les acteurs ont des difficultés à adapter le contenu. De plus, ils travaillent avec des outils d'information du VIH empruntés au grand public (même si traduits) qui sont eux-aussi mal adaptés.
- 3) L'activité de prévention individuelle en direction des migrants dans les dispositifs socio-sanitaires de droit commun est importante.

Les programmes de prévention communautaire en direction des prostituées d'origine dominicaine paraissent avoir du succès, alors que les acteurs ont des difficultés à intéresser et faire participer la communauté haïtienne.

Les principaux moyens d'action de prévention indirects mis en œuvre par les acteurs en direction des migrants sont l'évaluation des actions, la recherche scientifique, le projet PANCAP, le militantisme. En revanche, il n'existe aucune formation spécifique pour les acteurs, et des mesures institutionnelles sanitaires insuffisantes.

**UN RÉSULTAT EN RAPPORT AVEC L'OPINION DES ACTEURS SUR  
L'INFLUENCE DE L'ENVIRONNEMENT DANS LEUR TRAVAIL**

- 4) L'environnement administratif (lois antimigratoires et accès aux droits essentiels difficiles) et sociétal apparaît comme défavorable (discrimination et xénophobie) à une mise en valeur des efforts fournis par les acteurs.

**UN RÉSULTAT EN RAPPORT AVEC L'OPINION DES ACTEURS  
SUR LES VULNÉRABILITÉS DE LA POPULATION MIGRANTE**

- 5) La population migrante présente une vulnérabilité multi factorielle face à la maladie : un niveau de connaissances – attitudes – pratiques insuffisant, une précarité importante, vulnérabilité des femmes seules.

## DISCUSSION

### A – Vers la mise en place d'un programme régional de prévention du VIH/sida en direction des migrants

Les 5 résultats exposés dans la synthèse globale nous amènent à un constat principal : « alors que la situation de vulnérabilité sanitaire des migrants de Guadeloupe face au VIH/SIDA continue d'être une priorité de santé publique, le travail de prévention de la maladie effectué montre des efforts qui ne paraissent pas suffisamment efficaces, et gênés par des obstacles inhérents à la qualité du travail des acteurs, à un environnement défavorable, et à certaines caractéristiques de la population migrante elle-même ».

Ce constat implique qu'il est nécessaire d'apporter des modifications aux stratégies de prévention employées dans les programmes régionaux de santé publique. Ainsi, nous pensons que ce travail pourra par ses réflexions et recommandations aider les acteurs de santé publique guadeloupéens, et contribuer à améliorer et renforcer la prévention du VIH en direction des migrants dans le département.

Une première recommandation est d'élaborer un programme de prévention du VIH/SIDA destiné aux populations migrantes, en s'inspirant du *Programme National de Lutte contre le VIH en direction des migrants vivant en France 2004/2006* et des résultats de notre enquête.

Les recommandation suivantes concernent les grands axes de travail de ce programme,

qui seraient de :

- modifier nos stratégies de prévention en s'appuyant sur un travail en réseau, sur des messages et des outils d'information et d'animation adaptés, et sur un choix de lieux d'intervention ciblé
- favoriser la participation effective de la population dès les premières phases d'élaboration d'un projet, afin de mieux répondre à ses attentes et besoins
- tenter d'influer sur l'environnement administratif et sociétal.

Comme insiste la responsable du COREVIH, l'intérêt de renforcer la prévention par un programme régional en direction des migrants est double : « individuel car l'infection à VIH est mortelle sans traitement, alors que les trithérapies données à temps permettent d'avoir une espérance de vie presque similaire aux personnes de son âge, et collectif, car une telle démarche vise à réduire la transmission du virus et l'incidence d'affections associées comme la tuberculose en Guadeloupe ».

Cette conclusion de l'enquête tombe dans une période charnière où vont se succéder l'évaluation du *PRSP de lutte contre le VIH 2005-2008* et l'élaboration du prochain PRSP. Elle devrait donc pouvoir contribuer à la réalisation des deux, et la proposition de programme de prévention du VIH/SIDA dirigé vers les migrants/étrangers vivant en Guadeloupe pourrait être retenue et intégrée dans ce prochain PRSP.

## B – Validité de l'enquête

Notre enquête a bien permis de faire l'analyse du travail de prévention du VIH/SIDA effectué en direction des personnes migrantes en Guadeloupe, et de contribuer à l'amélioration de la situation en proposant une piste principale à savoir l'élaboration d'un programme régional de prévention, et des pistes secondaires qui répondent aux différents obstacles ciblés.

D'autre part, l'hypothèse de départ a été confirmée puisque nous avons retrouvé dans les observations :

- les nombreux efforts réalisés par les acteurs professionnels comme aspects positifs du travail effectué
- plusieurs obstacles qui viennent contrarier leur travail
- une efficacité paraissant incertaine au vu de l'évolution de l'épidémie, des recommandations fixées par le *PRSP 2005/2008*, et du ressenti des acteurs
- et des modifications à apporter dans le prochain programme régional de lutte contre le VIH.

Ce dernier point nous permet de valider notre objectif principal qui était d'aider à renforcer la prévention du VIH en direction des M/E en Guadeloupe, pour permettre une réduction de leur risque d'exposition à une contamination par le VIH.

Il en est de même pour les objectifs secondaires qui ont également été validés.

## C – Une méthodologie déjà éprouvée, mais insuffisante

En ce qui concerne la méthodologie, nous avons choisi comme méthode d'observation un audit, et comme matériel une grille d'entretien.

Ce choix, inscrit dans une démarche de type « recherche-action », reposait sur l'hypothèse de départ qui impliquait de faire un point sur le travail effectué et de connaître le ressenti des acteurs face à la situation.

Ainsi les résultats de notre étude n'ont pas de valeur épidémiologique au sens strict du terme, mais ont l'originalité de dresser d'une part, un bilan des ressources structurelles et humaines en place, du matériel et des méthodes utilisées, des moyens d'action de prévention individuelle et communautaire mis en œuvre en direction des migrants (et des moyens indirects), et d'autre part, d'extraire un avis général des acteurs sur la problématique « immigrants et sida ».

De là nous avons pu tirer des conclusions intéressantes qui devraient servir à l'évaluation du *PRSP 2005-2008* de lutte contre la maladie, et à l'élaboration du nouveau pour les années futures.

G. Bombereau avait choisi la même méthode d'observation dans son rapport sur l'épidémie à VIH en Guadeloupe rédigé par le COGES à la demande de la DSDS en 2003<sup>[26]</sup>.

Nous n'avons pas réalisé d'échantillonnage de la population sélectionnée, et avons essayé d'être le plus exhaustif possible par rapport aux structures identifiées, de telle manière à donner plus de représentativité au sondage. Mais ce choix laisse

présumer d'un biais de sélection de la population entretenue.

En outre, je regrette en tant qu'investigateur de ne pas avoir pris le temps de me rendre à Saint Martin pour rencontrer les acteurs sur leur terrain et non par téléphone, ainsi que de ne pas avoir eu d'autre entretien avec des citoyens migrants/étrangers que les membres du bureau de l'association TET KOLE, tous installés depuis longtemps en Guadeloupe. Ce dernier point ouvre la porte à une future enquête basée sur une approche populationnelle, qui irait interroger les usagers du système de santé et des services sociaux d'origine étrangère.

Pour information, G. Bombereau avait elle-aussi pointé comme limite de ce rapport l'exclusion des acteurs saint martinis.

Une autre méthode d'observation aurait été celle utilisée par la DGS pour l'évaluation du *PNL contre le VIH/sida en direction des étrangers 2004/2006*, qui reposait sur des indicateurs définis auparavant. Mais elle n'a pu être réalisée dans la mesure où ces indicateurs n'avaient pas été préalablement définis dans le *PRSP 2005-2008*.

Quant à l'analyse des données, elle a été rendue difficile par la forme d'entretien choisie (questions semi-ouvertes). Les réponses étaient dépendantes des compétences et des rôles de l'acteur entretenu et les données recueillies nombreuses et variées, donnant un certain biais d'information.

Le tri à plat, puis le regroupement des données a été nécessaire pour mener à bien leur analyse. Au total, nous avons obtenu un panel de réponses intéressant pour faire le point

sur de nombreux thèmes, et recueillir un avis général sur les opinions des acteurs au sujet des difficultés qu'ils rencontraient et des propositions qu'ils faisaient pour améliorer la situation.

## D – Commentaires , réflexions, et propositions relatives aux cinq principaux résultats observés durant l'enquête

- Un programme régional de prévention justifié

Le constat principal que nous avons tiré de l'enquête est en accord avec le rapport de G. Bombereau (comparable en terme de méthodologie) sur l'évaluation de l'épidémie à VIH en Guadeloupe rédigé par le COGES à la demande de la DSDS, où elle mettait en avant « un manque certain de coordination du travail des acteurs au sein du réseau de l'époque (Comité Sida), une insuffisance des outils et actions spécifiques en direction des M/E, et un environnement sociétal défavorable à la prévention de la maladie »<sup>[28]</sup>.

Quant à l'implication majeure du constat de notre travail, elle se superpose à un des axes du *PNL contre le VIH/sida en direction des M/E vivant en France 2004/2006* qui recommandait aux régions le nécessitant, « d'établir une programmation régionale VIH migrants à intégrer dans le PRSP, incluant les acteurs soignants, les acteurs sociaux et administratifs, les acteurs associatifs de lutte contre le sida et communautaires migrants ».

Cette recommandation n'a pas été suivie lors de l'élaboration du *PRSP 2005-2008*. Elle paraît désormais être une obligation, étant donné que la situation sanitaire de la population M/E reste toujours une priorité de santé publique au vu des dernières données épidémiologiques sur l'infection à VIH.

- **Autres pistes d'amélioration**

Prenons le **premier résultat** qui concernait les caractéristiques du dispositif d'organisation du travail de prévention en Guadeloupe.

Le regroupement des structures en 4 pôles de nature et d'activité distinctes, a permis de comprendre le dispositif d'organisation générale de la lutte contre le VIH, et d'identifier les ressources structurelles et humaines impliquées dans la prévention du VIH en direction des M/E.

Mais les acteurs ont pointé du doigt des difficultés dans le travail en réseau, avec un manque de coordination des actions, et des relations professionnelles interpersonnelles et non inter structurelles.

Quels sont les freins qui les en empêchent ? La seule absence de programme spécifique commun ? Des rivalités entre institutions et associations, dans un contexte insulaire où tous les acteurs se connaissent ? Le manque de militantisme dans les Antilles, en comparaison avec la métropole ?

L'organisation et les rôles donnés aux COREVIH vont dans le sens de

l'amélioration des difficultés retenues. Mais encore faut-il le modéliser pour qu'il serve de base omnipotente de lutte contre le VIH, avec un groupe de réflexion, des moyens logistiques, une dynamique de recherche, des possibilités de financement.

En même temps que l'élaboration d'un programme spécifique commun de lutte contre le VIH en direction des migrants est indispensable, ne serait-il pas intéressant de créer un département au sein du COREVIH spécialement dédié à la gestion du VIH/sida chez les personnes migrantes ?

Il s'agirait de nommer une équipe pluridisciplinaire, capable de mener la mise en œuvre de ce programme, en étant composée d'acteurs complémentaires appartenant à chacun des pôles. A ce propos, je trouverais indispensable de réunir des membres de communautés migrantes et des acteurs du pôle environnemental : militants contre les discriminations, représentants des autorités administratives de la région, professionnels de sciences sociales.

Mais ces projets nécessitent des fonds budgétaires importants car ils mobilisent des acteurs, du matériel, des moyens, et dépendent donc des volontés politiques.

D'ailleurs, que réserve la loi du Ministre de la Santé Roselyne Bachelot « Patients, Santé, Hôpitaux, Territoires » pour le pôle prévention-promotion de la santé ? D'après un avertissement récent de la Société Française de Santé Publique, aucun projet ne concernerait ce pôle.

**Le second résultat** traitait des caractéristiques du matériel et des méthodes utilisés par les acteurs de la prévention du VIH en direction des migrants.

Les acteurs ne disposent pas de tous les outils d'information du VIH spécifiques aux migrants/étrangers qui existent et qui sont fournis gratuitement par le COGES via l'INPES. Il en est de même pour les outils d'animation de groupes.

Retenons comme point positif la collaboration d'ENTRAIDE GWADLOUP' avec COIN dans le projet de formation de relais en direction des prostituées et l'utilisation d'un outil bien adapté et contextualisé.

Prenons comme autre exemple les outils destinés à l'animation de groupes. Aucun des outils disponibles auprès de l'INPES n'ont été recensés dans l'enquête (supports audio/vidéo destinés à un public haïtien : « *Kozé nan tap tap* », et « *Kozé popilé* »).

Comment expliquer que ces différents outils ne soient pas tous utilisés par les acteurs de la prévention ? Et pourquoi ne les a-t-on pas systématiquement retrouvés dans les structures de soins ou dans les lieux associatifs visités ?

Est-ce un problème de méconnaissance des outils ? De commande et de diffusion des outils ? De vulgarisation des messages ? De supports inadaptés créés par des acteurs français ?

Alors vers quels outils d'informations s'orienter ?

Dans un premier temps, il semble important de posséder les différents outils disponibles en les commandant directement à l'INPES.

Ensuite, il serait intéressant d'explorer d'autres sources de documentation, en se rapprochant par exemple du CRIPS (Centre de Recherche, d'Information et de Prévention du SIDA). Ce dernier propose une liste complète de tous les outils disponibles, dans laquelle nous retrouvons des outils créés par des associations communautaires de migrants comme l'ARCAT ou Haïti Développement, à destination d'un public hispanophone ou haïtien (« *El VIH/SIDA* », « *Les histoires de Lionel et Carmel* », « *Lit kont sida* »).

Concernant les outils d'animation de groupes, le théâtre-débat ou théâtre-forum paraît être une bonne alternative, basée sur la transmission orale des informations et sur la participation du public.

De même, des campagnes de sensibilisation à la TV ou à la radio sont certainement de bons outils d'informations de masse.

Nous arrivons aux commentaires du **troisième résultat** observé, concernant les moyens d'actions de prévention du VIH mis en œuvre par les acteurs en direction des migrants/étrangers.

### LA PRÉVENTION INDIVIDUELLE

Les dispositifs socio-sanitaires de droit commun sont apparus comme des lieux incontournables de la prévention individuelle en direction des migrants, en raison de la vaste offre de soins qu'ils assurent, des services pluridisciplinaires qu'ils proposent, et de

la gratuité des soins. Il est nécessaire de mieux les impliquer.

Comment faire alors pour renforcer leurs moyens d'actions ?

Il est important de mieux former les acteurs sociaux aux droits essentiels des migrants et de les soulager dans les démarches administratives avec des logiciels plus adaptés, des correspondants identifiés dans les administrations, des écrivains publics embauchés. Parallèlement, il faudrait mieux former les acteurs sanitaires à la prévention en direction des migrants pour optimiser l'adaptation de leurs messages de prévention, introduire l'interprétariat dans les équipes, leur fournir autant de documents d'informations que nécessaires.

Telles sont quelques pistes de consolidation de ce pôle fort de prévention individuelle.

Là encore, ces volontés socio-sanitaires dépendent des volontés politiques. Quel est le devenir de ces dispositifs de soins (CPEF surtout) dans la nouvelle loi de santé du ministre R. Bachelot ? N'est-il pas envisagé de supprimer ces structures ?

En médecine libérale, les moyens d'actions de prévention individuelle sont limités à l'éducation à la santé sexuelle et affective, au rappel des moyens de protection (avec une distribution aléatoire de préservatifs ou de documents d'informations), et à l'incitation au dépistage.

Mais ces professionnels de santé ne doivent pas être oubliés dans la mobilisation de relais de terrain.

Il serait bon d'essayer de les sensibiliser par des formations spécifiques et la mise à

disposition d'outils d'informations du VIH. Par ailleurs, les médecins généralistes doivent être impliqués dans l'amélioration de l'accès au dépistage, en leur rappelant les avantages d'un diagnostic précoce, et pourquoi pas, en leur confiant des tests rapides.

### LA PRÉVENTION COMMUNAUTAIRE

Le programme inter régional de prévention du VIH en direction des travailleurs du sexe emmené par ENTRAIDE GWADLOUP' a été élaboré sur de bonnes bases méthodologiques d'intervention, et avec des outils contextualisés venant du pays d'origine, et mis en place avec les intéressés. Ce projet s'est à priori donné des garanties de succès, et pourrait servir dans l'avenir de projet référence.

Les programmes de prévention dirigés vers les prostituées semblent mieux fonctionner en terme de recrutement et de participation du public que ceux dirigés vers la communauté haïtienne.

Cette différence soulève des interrogations : les lieux d'intervention sont-ils mal choisis lorsqu'il s'agit d'aller au devant des haïtiens ? La peur des contrôles de Police est-elle moins grande pour les femmes vivant dans les quartiers de prostitution ? Quelle est la place du VIH/SIDA dans la communauté haïtienne ?

Ce résultat nous fait en outre remettre en question le principe d'élaboration d'un programme de prévention communautaire par les acteurs de prévention sans concertation avec les bénéficiaires.

Afin de mieux répondre aux facteurs qui influent sur les déterminants de santé, ne faudrait-il pas enrichir l'équipe chargée d'élaborer ce programme par des juristes, des

sociologues, des enseignants, et surtout des citoyens haïtiens installés en Guadeloupe.

Quant au choix des lieux d'intervention, il apparaît indispensable de mieux les cibler. Comme le dit C. Chardin, agissons hors les murs, individuellement et par petits groupes »<sup>[27]</sup>.

L'idée serait de faire de la prévention communautaire de proximité, dans des lieux fréquentés par le public migrant sur son parcours d'insertion (centres de Français Langues Étrangères, CAF, centres de soins sociaux comme la CPAM, marchés, foyers d'accueil), mais aussi dans des lieux publics où se déroulent divers événements (culturel, sportif, festif).

L'arrivée de médiateurs culturels dans les équipes associatives pourrait également apporter un bénéfice au recrutement du public.

Le travail avec des relais associatifs serait également très utile pour sensibiliser le public migrant général.

#### LES AUTRES MOYENS D' ACTIONS INDIRECTES

L'ÉVALUATION systématique des actions de prévention ne fait pas encore partie de la culture de tous les acteurs, mais elle a débuté dans les principales structures impliquées (CHU, ENTRAIDE GWADLOUP', COGES, FORCES). En revanche, nous pouvons déplorer que le GRSP n'ait pas fixé d'indicateurs permettant une évaluation objective du *PRSP 2005-2008*, et un réajustement des orientations du prochain PRSP. Nous verrons plus loin en détail les types d'indicateurs à définir en cas d'élaboration d'un programme régional spécifique. Quels qu'ils soient, ils doivent être définis dès les

premières étapes d'élaboration du projet et répondre aux objectifs fixés.

LA FORMATION des acteurs ne paraît pas suffisante face à la complexité de la prise en charge globale des migrants : peu de rencontres où ils peuvent échanger leurs expériences, leur ressenti, leurs idées, aucune formation spécifique en matière d'accès aux droits essentiels des M/E, ou en matière de communication sur l'infection à VIH avec des M/E.

Pourquoi ne pas profiter de la compétence de professionnels du COMEDE ou du CRIPS qui proposent des formations adaptées, et sont prêts à se déplacer dans les DFA (*voir en annexe n° 8*) ? Pourquoi ne pas envisager des collaborations inter caribéennes comme le fait actuellement 'ENTRAIDE GWADLOUP' avec COIN ? Par exemple, il serait intéressant d'inciter des acteurs associatifs tournés vers le soutien communautaire à être formés par des équipes socio-sanitaires de leur pays d'origine à l'utilisation de nouveaux matériels et méthodes d'intervention (Counseling).

D'autre part, l'expérience de séminaire inter associatif à Sint Marteen en 2007 qui a bien profité aux acteurs présents devrait être reconduite.

Enfin, les supports destinés à l'auto formation des personnels soignants doivent être plus largement diffusés.

En ce qui concerne les MESURES INSTITUTIONNELLES contribuant à une meilleure prévention, l'ouverture sans cesse différée de la PASS hospitalière du CHU de Pointe à Pitre est une aberration quand on sait les besoins des populations précaires en matière d'accès aux soins et à la prévention.

Ceci devrait nous alerter sur l'utilité du *PRAPS*, et tout faire pour assurer sa mise en

œuvre car il est vraiment complémentaire du *PRSP* en permettant de mobiliser d'autres acteurs.

La sensibilisation et l'information des personnes qui travaillent dans les institutions est nécessaire de même que la désignation de correspondants pour les travailleurs sociaux.

L'OUVERTURE SUR LES PAYS DE LA CARAÏBE est en cours. Le projet PANCAP mobilise de nombreux pays et des fonds importants. Va-t-il servir de tremplin pour améliorer la condition des populations migratoires dans cette région du monde? Si sa mise en œuvre est réussie, ce projet peut rendre le combat contre la maladie plus homogène dans la Caraïbe, et moins dépendant des influences européennes ou nord-américaines.

Enfin LA RECHERCHE a elle aussi un rôle important dans l'évolution de la lutte contre le VIH, en permettant une meilleure compréhension des problématiques. Les études socio-ethnologiques apportent beaucoup de renseignements sur l'habitus des gens, les connaissances/attitudes/pratiques, les rapports de genre, la prostitution.

L'étude effectuée en 2008 en Guadeloupe va permettre de bien orienter les actions de prévention destinées aux travailleurs du sexe.

Si l'on veut aider la communauté haïtienne en situation de précarité et exposée à une contamination par le VIH, il faut procéder de la même façon et mettre en place une enquête permettant de connaître leur niveau de connaissances, leurs croyances et attitudes, et leurs comportements et pratiques vis à vis de la sexualité. L'enquête devrait également s'attacher à recueillir leurs attentes et leurs besoins face à la maladie.

Notons que devrait sortir courant 2009 l'analyse du questionnaire DRAFT du CIDDIST-CDAG de Pointe à Pitre (plus de 10 000 unités remplies par les consultants tout venant analysés par l'ORSAG), qui nous renseignera sur de nombreux détails concernant les connaissances/attitudes/pratiques, les modes de vie, les difficultés pour se protéger, et pourra donner de nouvelles pistes de travail.

Commentons maintenant le **quatrième résultat**, issu de la synthèse des opinions des acteurs, en rapport avec un environnement politique et sociétal défavorable à une bonne prévention.

Ce résultat est comparable aux différentes références bibliographiques lues sur ce thème, nous pouvons ainsi penser qu'il est valable.

Par exemple le Pr Delfraissy alertait les professionnels de santé sur « la discrimination subie par les M/E dans l'accès aux droits sociaux, aux soins, et au logement, due à leur statut administratif d'étranger »<sup>[28]</sup> dans un chapitre dédié aux migrants du rapport 2002 du CNS sur la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

Florence Lot, de l'unité VIH-IST-VHC à l'InVS, plaçait « le contexte politique peu favorable à l'immigration »<sup>[29]</sup> comme facteur déterminant de l'amélioration de la situation sanitaire des migrants/étrangers face à la maladie.

Dans l'enquête VESPA en Antilles Guyane 2003, Stéphanie Mulot<sup>[30]</sup> sociologue notait « un discours accusateur des soignants antillais sur les patients haïtiens », trouvant ainsi

plus loin dans « l'histoire post-colonialiste sans décolonisation » de la Guadeloupe un fondement à cette xénophobie.

Que pouvons-nous faire face à ces obstacles environnementaux non imputables à un défaut de qualité du travail des professionnels ? Comment impliquer les agents administratifs des fonctions publiques de l'État dans le combat pour l'insertion de ces gens en situation de vulnérabilité ? Doit-on accepter un tel décalage entre les droits essentiels des M/E inscrits sur le Ceseda et leur application? En allant plus loin encore, doit-on poser la question délicate de « la France, terre d'accueil? »

Le Pr Delfraissy, toujours dans son rapport 2002 pour le CNS, « encourageait l'ensemble des acteurs du système de santé à s'attacher à lutter contre les discriminations dans l'accès aux droits sociaux et aux soins des M/E dans le cadre du droit commun et non en marge... »<sup>[31]</sup>.

En France métropolitaine, déjà de nombreuses structures gouvernementales (ANAEM, HALDE) ou non (COMEDE, CIMADE, GISTI), associatives (LDH, Collectif Haïti de France) militent pour le respect et l'application des droits des étrangers.

En Guadeloupe, les professionnels peuvent trouver recours auprès d'un représentant du GISTI, et d'un représentant de la HALDE récemment nommé.

Mais le plus efficace, c'est l'espace d'échange d'informations en ligne cité plus haut (voir chapitre 3.3), via la mailing-list [migrants.outremer@rezo.net](mailto:migrants.outremer@rezo.net).

En tant qu'abonné à cette liste, je peux témoigner de la détermination de tous ces gens à défendre ensemble l'intérêt de ces populations dans le besoin, et à tenter de faire

respecter le droit commun et non un droit en marge.

Peut-on imaginer raisonnablement d'associer toutes ces forces humaines sanitaires et sociales (...) dans un collectif militant pour la cause des migrants/étrangers dans notre pays ? Pourrait-il alors faire prendre conscience aux législateurs et à la société de l'urgence à répondre aux problèmes sanitaires des migrants ?

Enfin, le **cinquième résultat**, lui aussi extrait de la synthèse des opinions des acteurs, mettait en avant la vulnérabilité multi factorielle des M/E face au VIH/sida comme dernier obstacle à une prévention efficace.

Les principaux facteurs de vulnérabilité avancés étaient : la précarité avec souvent un bas niveau éducatif, la souffrance psychologique d'un exilé et les difficultés des primo-arrivants, des connaissances/attitudes/pratiques insuffisantes, le statut de femme seule ou avec enfant, les rapports de genre en faveur des hommes, l'influence de la communauté religieuse.

Nous souhaitons insister sur la vulnérabilité des femmes et les rapports de genre, très importants dans les comportements favorisant une conduite sexuelle à risque de contamination par le VIH : multi partenariat toléré, négociation du préservatif, recours à la prostitution, sexualité précoce.

D'ailleurs, une question est restée sans réponse : existe-t-il une prostitution rurale de proximité ? G. Bombereau parle elle de « sexualité transactionnelle » (relation sexuelle en échange d'avantages matériels, de vêtements, de paiements de factures, etc...)<sup>[32]</sup>.

Un autre point nous a paru important, c'est la place de la religion dans la lutte contre le VIH. Quelle influence a-t-elle sur les pratiquants ? Comment pourrait-on l'utiliser dans nos actions de sensibilisation ?

Tous ces questionnements ont été soulevés par des sociologues, des anthropologues dans divers travaux sur les populations des DFA (G. Bombereau<sup>[32]</sup>, S. Mulot<sup>[33]</sup>, S. Halfen<sup>[34]</sup>, D. Pourette<sup>[35]</sup>).

Est-ce une fatalité ? Ou pouvons-nous agir sur cet obstacle que l'on pourrait qualifier de situationnel ? Comment mobiliser les associations de regroupement communautaire?

Les pistes d'amélioration que nous avançons visent à avoir une approche populationnelle de la prévention, basée sur une prise en compte de toutes les spécificités des migrants.

Il faudrait renforcer l'insertion par l'alphabétisation, l'apprentissage du français, le travail (si l'accès aux droits essentiels en amont est respecté) pour plus d'autonomie, et peut-être laisser la place à d'autres priorités comme la prise en charge de leur santé.

Il faudrait aussi inciter les associations communautaires à participer à l'élaboration de programmes spécifiques.

Les femmes migrantes seules avec ou sans enfant doivent être soutenues notamment dans les centres de prévention individuelle, avec par exemple une consultation « vie

affective et sexuelle », comme il a été mis en place en 2008 au CIDDIST-CDAG de Pointe à Pitre.

Comme évoqué plus haut, nous pouvons aussi envisager de travailler en collaboration avec les membres des communautés religieuses via par exemple l'association CHRETIENS et SIDA en Guadeloupe. Cette initiative pourrait permettre une harmonisation des messages de prévention, et la mobilisation d'un relais intéressant.

## E – Ébauche du programme proposé

Nous avons vu au début de ce chapitre de la discussion qu'au vu des données épidémiologiques et des résultats de notre enquête, il apparaît comme indispensable d'élaborer un programme spécifique de lutte le VIH destiné aux populations M/E et intégré dans le prochain PRSP.

Le contenu du programme présenté s'inspire directement du *PNL VIH en direction des M/E vivant en France 2004-2006*, et tente d'intégrer les spécificités de la situation en Guadeloupe.

Ainsi, sans être capable de rédiger seul ce programme, je peux proposer un canevas de son élaboration, avec un focus sur les axes de travail visant à améliorer la prévention du VIH/sida en direction des migrants/étrangers vivant en Guadeloupe..

### Les objectifs prioritaires de santé publique

- réduire le retard au dépistage en améliorant son accessibilité, notamment pour la population masculine
- réduire la transmission du VIH au sein de cette population en renforçant les actions de prévention.

### Des stratégies d'actions

- principes généraux : tenir compte de la pluralité culturelle et sociale de la population étrangère, se garder des stéréotypes, et identifier une diversité de relais mobilisables
- agir en direction des migrants à double niveau : comme composante de la société française, et en tant que groupes spécifiques.

### Axes du programme régional de prévention

Ce programme à mettre en place avec une équipe de pilotage inclura les migrants et les leaders, les représentants des institutions sanitaires et autres, des religieux, des chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie de la santé et des populations.

Le programme devra avoir des effets d'une part, sur les déterminants de santé : l'environnement matériel, l'environnement social et les ressources personnelles des migrants, et d'autre part, sur les facteurs qui influencent ces déterminants : les offres de promotion de la santé, les stratégies de promotion dans la politique et les institutions, le potentiel social et son engagement, les compétences individuelles favorables à la santé.

Ce programme doit avoir quatre types d'interventions :

- améliorer les infrastructures et les prestations
- agir sur les législations, les administrations, et les réseaux institutionnels
- avoir une action de mobilisation des groupes communautaires
- développer les compétences personnelles.

Nous devons réfléchir sur l'environnement matériel : comment améliorer l'offre ? Cet axe du programme doit passer par une meilleure connaissance des moyens mis à disposition : CIDDIST-CDAG, CPEF ; par l'utilisation de messages et d'outils choisis avec les migrants : outils d'informations du VIH sur des supports oraux, outils d'animation de groupes tels que le théâtre ; par le recours à des interprètes pour une transmission des messages par les pairs.

Il est beaucoup plus difficile d'agir sur les lois antimigratoires défavorables aux migrants notamment dans les DOM, mais peut-être est-il possible d'agir sur les agents institutionnels en les sensibilisant à la situation sanitaire des migrants et en les incitant à lutter contre la discrimination et la xénophobie.

Un réseau institutionnel devrait utiliser les cadres et les budgets déjà en place comme l'ANAEM et le FASILD (Fonds d'Action et de Soutien pour l'Intégration et la Lutte contre les Discriminations). Une de leurs missions est de former les étrangers qui viennent d'être régularisés : les « primo arrivants » administratifs (parfois installés depuis longtemps sur l'île). L'ANAEM prévoit dans ces formations un volet santé dans lequel peut être intégré un volet prévention.

Un autre axe serait de travailler avec les personnes chargées de faire la liaison entre les Ministères et les sensibiliser aux contradictions des exigences du ministère de la Santé et de celui de l'Intérieur.

Enfin, les passages obligatoires identifiés sur le parcours administratif d'un étranger (Consulat d'Haïti, Préfecture) pourraient être l'occasion de cibler les plus vulnérables : les « vrais primo arrivants » ou les femmes par exemple.

La mobilisation de la communauté ne pourra se faire que si elle est convaincue de l'utilité des actions de prévention, des réunions de sensibilisation, mais aussi des actions de lutte contre la stigmatisation portée sur cette maladie au sein même des communautés, et enfin des actions d'aide aux besoins élémentaires comme travailler, se loger, se nourrir qui sont des préalables indispensables.

Les communautés doivent être impliquées dès le début du programme avec des groupes expérimentés venant des pays d'origine, pour faciliter l'acceptabilité des messages. Des relais pourraient être désignés parmi ceux formés par l'ANAEM, les religieux ou les leaders ?

Le développement des compétences des individus devrait être initié par les institutions et poursuivi par les communautés, avec des outils adaptés et des personnes formées.

Ce programme sera évalué à partir d'indicateurs de processus (suivi du programme par un tableau de bord) mais aussi à partir d'indicateurs de résultats (d'impact) en rapport avec les objectifs fixés : la fréquentation des centres de dépistage, le nombre de dépistages réalisés, le nombre de personnes utilisant des moyens de

protection, diminution de la proportion de séropositifs d'origine étrangère et/ou de séropositivité découverte tardivement.

Ces évaluations nécessitent au préalable des études de référence régulières et structurées, portant notamment sur le niveau de connaissances des personnes migrantes sur le dépistage, les modes de transmission, les structures d'accès à la prévention et aux soins, mais aussi sur leur représentation de la maladie et l'utilisation des moyens de prévention.

Nous espérons ainsi par ce travail avoir contribué à la mise en place d'un programme de prévention en direction des migrants en Guadeloupe et à la lutte contre l'infection à VIH auprès de ce public vulnérable

## CONCLUSION

L'enquête réalisée nous a permis d'aborder la problématique « immigration et sida » en Guadeloupe, sous l'angle de la prévention du VIH. Les inégalités des populations migrantes/étrangères face à la maladie se retrouvent dans d'autres pays industrialisés (Belgique, Suisse, Canada).

De nombreux défis restent à relever pour tous les acteurs engagés sur le terrain de la lutte contre le VIH ; l'élaboration d'un programme régional de prévention en direction des migrants/étrangers vivant en Guadeloupe en fait partie.

Une approche globale de la maladie doit permettre de réunir de nouvelles ressources structurelles et humaines pour lutter ensemble contre l'épidémie auprès des plus vulnérables, et tenter de faire évoluer les mœurs et mentalités.

Comme le dit le Dr Bardinnet dans un article paru dans la revue DERADES et intitulé « *Le sida sans métaphore* »<sup>[36]</sup> : « Si l'on veut contrôler l'épidémie en Guadeloupe et à Saint-Martin, ce sont bien sûr les pays voisins les plus touchés qu'il faut aider, et ce sont les couches sociales les plus menacées qu'il faut protéger ».

# **ANNEXES**

## **ANNEXE n°1 : GRILLE d'ENTRETIEN**

### **PREAMBULE de présentation**

– L'enquête en quelques mots

Situation sanitaire face au VIH/sida des migrants : priorité de santé publique nationale et régionale.

Objectif principal : analyser le travail de prévention effectué en Guadeloupe en direction des M/E et contribuer à l'améliorer. d'amélioration.

Objectifs spécifiques :

- identifier et comprendre la place et le rôle des ressources structurelles et humaines impliquées dans la lutte contre le VIH
- recenser les matériels et méthodes utilisées par les acteurs
- faire un état des lieux de la place des migrants dans les actions de prévention individuelle ou communautaire menées par les acteurs, ainsi que des autres moyens d'actions contribuant à l'amélioration de la prévention
- recueillir l'opinion des acteurs sur les obstacles rencontrés et les pistes d'amélioration envisagées.

Méthodologie : enquête d'état des lieux et d'opinion par audit des acteurs engagés dans la lutte contre le VIH en Guadeloupe, lors d'entretiens individuels nominatifs.

Investigateur : Interne en Médecine Générale, en stage de santé publique chez le Dr

Goerger-Sow au CISIH du CHU de Pointe à Pitre.

Mode de communication : thèse pour présenter un doctorat de médecine générale.

– La grille d'entretien :

Questionnaire découpé en quatre parties qui reprennent les objectifs spécifiques fixés; en tout 8 questions.

Durée approximative : 1 heure.

Recueil des données par une prise de notes sur papier.

## **La GRILLE d'ENTRETIEN**

Numéro d'entretien : - -

Nom de l'acteur rencontré : Me, Mr...

Date et lieu de la rencontre : --/--/2008 à ...

### **1ère PARTIE** :

1. Quelle est l'organisation, l'histoire de la structure où vous travaillez? Sa place et ses principaux rôles dans la lutte contre le VIH en général et dans la prévention du VIH en direction des M/E en particulier?
2. Quel est votre parcours professionnel? Votre place et rôle dans la lutte contre le VIH en général et dans la prévention du VIH en direction des migrants?

### **2nde PARTIE** :

3. Quels sont les objectifs et le contenu de vos messages de prévention adressés aux migrants?

4. Dites-moi quels sont les outils et supports de prévention du VIH que vous utilisez : ceux pour le « grand public », et ceux destinés aux M/E?
5. Expliquez-moi les particularités de la (des) méthode(s) d'action de prévention utilisée(s) dans votre structure?

**3ème PARTIE :**

6. Quelle est la place des migrants dans les moyens de prévention individuelle et/ou communautaire mis en œuvre dans votre structure?
7. Y a-t-il d'autres moyens mis en œuvre dans votre structure susceptibles de contribuer à l'amélioration de la prévention? Évaluation des actions? Formation? Enquête? Projets en cours?

**4ème PARTIE :**

8. Quelle est votre opinion (commentaires, réflexions) sur les différents obstacles qui gênent le travail des acteurs et sur les pistes d'amélioration à envisager?

**CONCLUSION**

Merci de votre participation à cette enquête.

Les résultats seront communiqués sous forme de thèse à laquelle vous serez conviés.

## ANNEXE n°2 : GRILLE D'EXPLOITATION

### des DONNEES RECUILLIES lors des ENTRETIENS

Réponses aux questions Acteur rencontré	Renseign ements sur l'acteur	Renseigne ments sur structure	Matériel utilisé	Méthodol ogies utilisées	Place migrants dans PI ou PC	Moyens d'actions indirects	Commentaires, Réflexions, Propositions
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							

**ANNEXE n° 3 : LISTE des MEMBRES du bureau du COREVIH**































## ANNEXE n°9 : ABSTRACT

**SUBJECT MATTER :** Survey for health care and social welfare dealing with HIV prevention on migrants/foreigners living in Guadeloupe. *Contribution to the elaboration of preventive programme.*

**KEY WORDS :** Survey, HIV prevention, migrant population, COREVIH, information media, communaury health, environment, vulnerability, regional programme.

---

**ABSTRACT :**

The survey, conducted by the audit of people involved in HIV prevention in Guadeloupe, was focussed on the migrant population, in order to lower their risk of exposition.

Targeted questions were asked during the interviews and the information collected computerized for data processing.

After thorough reviews the data had to be put together for close examination.

We have met a public of multidisciplinary protagonists and we have identified a network of structures within four areas of activity (sanitary institutional, socio-sanitary individual, socio-educational communaury and environmental), with a federative body : COREVIH.

But 70% of the protagonists say the network is badly coordinated.

The different media through which HIV information is transmitted, are translated for foreigners. But few are distributed, considered inappropriate (36%).

Health centres appear to be ideal places for individual prevention (high rate migrants coming).

Programmes for community prevention are too few. They target Dominican prostitutes while fruitless attempts are made towards the Haitian community. In fact, 34% of the protagonists found it hard to mobilize representatives of associations, in order to include the population in the programme of prevention.

At the same time, 28% of the people working in prevention say they meet unfavorable conditions for their mission : severe anti-migratory laws, access to basic rights denied, discrimination.

Finally, ¼ of the people involved in this fight, emphasized the various reasons making the migrants vulnerable to the disease : lack of knowledge, wrong attitudes, risky sexual behaviour, precariousness.

To conclude, all the people involved in HIV prevention near migrant population should necessarily meet and work together, to elaborate a regional prevention programme.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] – Rapport ONUSIDA (2007) : *Le point sur l'épidémie à VIH : décembre 2007*.
- [2] – Idem
- [3] – Idem
- [4] – Idem
- [5] – FASSIN Didier (2002) : *Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux*. ANRS, Collection Sciences sociales et sida, juillet 2002, p1 à 11.
- [6] – LOT Florence, Cazein F., Pillonel J., Pinget R., Le Vu S., Semaille C. (Unité VIH/IST/VHC, Département des Maladies Infectieuses) (2007) : *Infection à VIH chez les étrangers : des données de surveillance pour une prévention ciblée*, Journées InVS 2007.InVS
- [7] – HALFEN Sandrine, Feniès K., Bun Ung, Grémy I. – ORS Ile de France (2006) : *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*. rapport ORS Ile de France, avril 2006.
- [8] – BOUILLON Kim, Lert F., Michelot F., Schmaus A., Spire B., Dray-Sprie R. (2003) : *Les patients vivant avec le VIH/sida dans les départements français d'Amérique : résultats de l'enquête ANRS, VESPA, 2003*.
- [9] – CISIH CHRU (2006) : *Rapport annuel d'activités*. 2006
- [10] – Idem
- [11] – ORSAG 2006 et 2008) : *Epidémiologie de l'infection à VIH/sida en Guadeloupe* (2006), et *L'infection par le VIH à Saint Martin et en Guadeloupe* (2008).
- [12] – INSEE (2006) : *Atlas des populations immigrées de Guadeloupe* (2006).

- [13]– COLLECTIF HAITI FRANCE (2008) : *Être haïtien en Martinique et en Guadeloupe*. Nouvelles Images d'Haïti, 2008, n°71, p1 à 4.
- [14] – DGS (2004) : *Programme National de Lutte contre le VIH/sida en direction des migrants/étrangers vivant en France 2004/2006*
- [15] – GRSP (2005) : *Programme Régional de Santé Publique de Lutte contre le VIH/sida 2005/2008*.
- [16] – DGS (2004) : *PNL VIH/sida en direction des migrants/étrangers vivant en France 2004/2006*.
- [17] – Rapport ONUSIDA (2006) : *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2006*.
- [18] – Circulaire DHOS/DGS n°2005-1421 du 15/11/05 relatif à la coordination de la lutte contre l'infection par le VIH.
- [19] – GRSP (2005) : *Programme Régional de Santé Publique de lutte contre le VIH/SIDA 2005/2008*.
- [20] – PRAPS (2000) : *Programme Régional d'Accès aux Soins et à la Prévention destiné aux personnes en situation de précarité*. 2000. [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- [21] – INPES : catalogue des *Outils de prévention SIDA à destination des migrants* disponible en ligne sur [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)
- [22] – INPES (2006) : *Conseils aux professionnels de santé pour le dépistage du VIH chez les populations migrantes/étrangères*. 2006.
- [23] – COMEDE (2008) : *Migrants/étrangers en situation précaire : prise en charge médico-psycho-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels*. 2008.
- [24] – INPES (2006) : *Dépistage du VIH/SIDA chez la personne migrante/étrangère*.
- [25] – COLLECTIF HAITI de FRANCE (2008) : *Etre haïtien en Martinique et en*

Guadeloupe. Nouvelles Images d'Haïti, 2008, n°71, 1-4.

[26] – BOMBEREAU Gaëlle (2003) : Rapport DSIDS : *Etat des lieux de l'épidémie à VIH/SIDA en Guadeloupe*. 2003.

[27] – CHARDIN Catherine (2002) : *Une stratégie de prévention obsolète*, entretien pour Survivre au sida le 27 mars 2002, diffusée sur [www.lemegalodon.com](http://www.lemegalodon.com)

[28] – DELFRAISSY Jean-François (2002) : *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Rapport 2002. 2002; Médecine-Science Flammarion.

[29] – LOT Florence (2005) : *Les personnes de nationalité étrangère face au VIH/sida*. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France, 10 ans de surveillance 1996/2005, InVS.

[30] – MULOT Stéphanie (2005) : *Les représentations sociales du risque face au VIH/sida aux Antilles : leurs effets sur la catégorisation des individus et sur les stratégies de prévention*. CRECSS.

[31] – DELFRAISSY Jean-François (2002) : *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Rapport 2002. 2002; Médecine-Science Flammarion.

[32] - BOMBEREAU Gaëlle (2005) : *Représentations sociales du VIH en Guadeloupe, et recommandations à l'usage de la santé publique. La peur ou la mort dans l'âme dans les Antilles françaises*, Thèse de doctorat es sciences de l'éducation, Université René Descartes Paris V et Université Laval, Québec, 2005, 384p.

[33] – MULOT Stéphanie (2006) : *Antilles et Guyane françaises : une épidémie à part*. Transcriptases, 2006, n°125.

[34] – HALFEN Sandrine (2008) : *Comportements sexuels et préventifs aux Antilles et en Guyane : un contexte peu favorable pour les femmes face au VIH/sida*.

Médecine/Sciences hors série n°2, vol. 24, 2008, p 72-80.

[35] – POURETTE Dolorès (2003) : *Gestion du risque de contamination et vécu de la séropositivité chez les migrants guadeloupéens d'Ile de France*. Sida, immigration et inégalités : nouvelles réalités, nouveaux enjeux. Collection Sciences sociales et sida, ANRS, 2002, p 99-111.

[36] – BARDINET Franck (2004) : *Le sida sans métaphores en Guadeloupe et à Saint-Martin*. DERADES, revue caribéenne d'études et d'échanges, 2004, n°11, 35-49

## BIBLIOGRAPHIE

- 01- CABIE A, Goerger-Sow M.T., Nacher M. ( 2004) : *Particularités de l'infection à VIH aux Antilles et en Guyane française en 2004*. BEH, 2005, n°46-47, p238-239.
- 02 – Institut de Veille Sanitaire : *Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France - 10 ans de surveillance, 1996-2005*. Saint-Maurice 2007.
- 03 – *Les femmes et le sida en France : enjeux sociaux et de santé publique*. Éditions Médicales Scientifiques. Revue médecine/sciences. Hors série n°2, p1-216, volume 24, 2008.
- 04 – BEH : Numéro thématique - *Infection à VIH/sida en France : vision d'ensemble et spécificités des départements français d'Amérique*. N° 46-47, 2005, 229-244. Institut de Veille Sanitaire.
- 05 – CNS 2006 : *Rapport sur l'évolution du dispositif de dépistage de l'infection par le VIH en France*.
- 06 – CNS 2003 : *Repenser la politique de lutte contre le VIH/sida dans les départements d'outre-mer, rapport suivi de recommandations*.
- 07 – HALFEN S., BEH (2008) : *Recours au dépistage dans la population générale adulte de Antilles et de la Guyane en 2004 et comparaison avec la population vivant en métropole*. N° 7-8, 2008, 55-59. InVS.
- 08 – BEH (2007) : Numéro thématique - *l'infection à VIH/sida en France et en Europe*. N° 46-47, 2007, 385-400. InVS
- 10 – *Plan National de Lutte contre le VIH/sida 2001/2004 et 2005/2008*
- 11 – *Plan National de Lutte contre le VIH/sida en direction des M/E 2004/2006 et prorogé jusqu'à 2008 et Rapport d'évaluation PNL VIH 2007*.

- 12 – YENI P. : *Prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH*. Rapport 2006. Recommandations du groupe d'experts. Paris : Médecine-Sciences Flammarion; 2006.
- 13 – GIRAUD Michel, Gilloire A., Halfen S., De Colomby P. (1995) : *Attitudes et comportements sexuels aux Antilles et en Guyane*. Paris : ANRS, 1995 : 40p.
- 14 – BOMBEREAU Gaëlle et Caroline F. Allen (2008) : *Social and cultural factors driving the HIV epidemic in the Caribbean : a literature review*. Caribbean Health Research Council.
- 15 – Quotidien du médecin, 25/11/2005 : *Le CNS dénonce la défaillance de l'Etat*.
- 16 – FARMER Paul : *Une réalité hautement intéressante*, édition
- 17 – CRIPS (2007) : *Stratégies de prévention auprès des migrants*.
- 18 – HAS 2007 : *Guide ALD sur l'infection par le VIH pour les médecins et Liste des actes et prestations pour le suivi d'une infection par le VIH*.
- 19 – ORS Martinique (2007) : *Infection à VIH-sida*. [www.ors-martinique.org](http://www.ors-martinique.org)
- 20 – FARMER Paul (2001) : *Une réalité horriblement intéressante*. Le Monde, 2001, 10 novembre.
- 21 – FARMER Paul (2005) : *Fléaux contemporains : Infections et Inégalités*. Economica-Anthropos, 2005.

## SITOGRAPHIE

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

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

[www.who](http://www.who)

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

[www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)

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

[www.lecrips.net](http://www.lecrips.net)

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

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

[www.anrs.fr](http://www.anrs.fr)

[www.odse.eu.org](http://www.odse.eu.org)

[www.collectif-haïti.fr](http://www.collectif-haïti.fr)

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

[www.survivreusida.net](http://www.survivreusida.net)

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

[www.sidainfoservice.com](http://www.sidainfoservice.com)

[www.lemegalodon.com](http://www.lemegalodon.com)

[www.le-preservatif-feminin.com](http://www.le-preservatif-feminin.com)

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

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

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

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[www.ined.fr](http://www.ined.fr)

[www.chretiens-sida.com](http://www.chretiens-sida.com)

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

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

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

[www.hpfe.net](http://www.hpfe.net)

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

[www.bdsp.ehesp.fr](http://www.bdsp.ehesp.fr)

[www.bium.univ-paris5.fr](http://www.bium.univ-paris5.fr)

## UFR SCIENCES MEDICALES HYACINTHE

### BASTARAUD

#### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.