



LES MIGRANTS SUBSAHARIENS PRIMO-ARRIVANTS ATTEINTS DE VIH-SIDA EN FRANCE : LIEUX DE DIAGNOSTIC ET EXPERIENCES DE LA SANTE

NEWCOMER SUB-SAHARAN MIGRANTS WITH HIV-AIDS IN FRANCE: DIAGNOSIS SITES AND HEALTH EXPERIENCES

COTTEREAU Victoire¹, MOREL Sylvie²

¹ Docteure en géographie,
Chercheuse associée au Laboratoire MIGRINTER (UMR 7301), Université de Poitiers, (France)
victoirecotteureau@hotmail.com

² Docteure en sociologie Chercheuse associée au
Laboratoire CENS (UMR 6025)
Université de Nantes, (France)
sylvie.morel@univ-nantes.fr

COTTEREAU Victoire et MOREL Sylvie. Les migrants subsahariens primo-arrivants atteints de VIH-SIDA en France : lieux de diagnostic et expériences de la santé. *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 2 (3), 08-19. [En ligne] 2019, mis en ligne le 30 Juin 2019, consulté le 2019-06-30 21:57:20, URL: <https://www.retssa-ci.com/index.php?page=detail&k=44>

Résumé

De nombreuses recherches s'accordent aujourd'hui pour montrer que les migrants constituent un groupe vulnérable, dont l'état de santé, souvent dégradé, nécessite d'être davantage étudié. En France, les migrants africains constituent à peine plus de 1% de la population et pourtant ils représentaient 38% de l'ensemble des découvertes de séropositivité en 2016. Ce constat a fait émerger de nombreuses interrogations sur les conditions d'accès aux soins des migrants subsahariens, mais également sur leurs expériences de la santé. Prenant appui sur une recherche qualitative menée auprès de 31 migrants africains séropositifs et de 44 professionnels de santé et du social les prenant en charge dans trois villes françaises, cet article vise à apporter un

éclairage sur les lieux de diagnostic et les expériences de la santé des migrants subsahariens primo-arrivants en France. Les résultats soulignent des situations plurielles, tant en termes de circonstances et de lieux de diagnostic, qu'en termes de vécu et de regards portés sur le VIH-sida. Face à ce constat, l'analyse révèle et questionne un accès aux soins hétérogène et souvent limité aux patients atteints de VIH en Afrique subsaharienne.

Mots clés : Migrants primo-arrivants, VIH-sida, accès aux soins, Afrique subsaharienne, expérience de la santé

Abstract

Today, many studies underline the vulnerability of migrant groups whose health state, is very often declined and requires more studies. In France, African migrants constitute just over 1% of the population and yet they accounted for 38% of all discoveries of HIV in 2016. This leads to many questions on care condition access for sub-Saharan migrants, but also on their health experiences. Based on qualitative research with 31 HIV-positive African migrants and 44 health and social professionals in three French cities, this article aims at providing a clarification on diagnosis sites and health experiences of newcomer Saharan migrants in France. The results show diverse situations, both in terms of circumstances and diagnosis places in terms of experiences and perspectives on HIV-AIDS. In response, the analysis reveals and asks questions

about care access that is heterogeneous and often limited to HIV patients in sub-Saharan Africa.

Keywords: Newcomer migrants, HIV, Health care access, Africa, health experience

INTRODUCTION

Les résultats des études épidémiologiques s'accordent aujourd'hui pour montrer que les migrants constituent un groupe vulnérable, dont l'état de santé est moins bon que celui de la population du pays d'où ils se trouvent (AIDES, 2017, p. 39). En Afrique, ils sont particulièrement exposés au regard de leurs conditions de vulnérabilité, de leur accès restreint aux services sanitaires, pendant la période de mobilité et après (Union africaine, 2006, p. 9). Parmi eux, environ 70% restent en Afrique, 15% se dirigent vers l'Europe et 6% vers l'Amérique du Nord (C. Beauchemin et D. Lessault, 2014, p. 37). Ceux qui migrent vers l'Europe tentent fréquemment de rejoindre la France en raison de ses liens historiques forts avec le continent africain. À leur arrivée, les migrants sont souvent rapidement orientés vers les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), un dispositif pour les personnes sans couverture médicale. Ils y commencent les démarches pour pouvoir bénéficier de soins et s'y voient proposer un bilan sanguin. Lors de ce contrôle, les professionnels diagnostiquent parfois le Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), une infection qui touche une proportion élevée de migrants subsahariens. En 2015, les trois quarts des découvertes chez les migrants concernent des personnes nées en Afrique, ce qui représente plus du tiers (38%) de l'ensemble des découvertes de séropositivité en France (Santé Publique France, 2016, p. 1).

Depuis les années 1980, les professionnels de santé ont mis à jour la prévalence du VIH-sida chez les populations migrantes présentes en France et les premières recherches épidémiologiques issues du monde médical sont apparues. À la fin des années 1990, les recherches qualitatives menées dans le domaine des sciences

humaines et sociales se sont développées et ont apporté un regard complémentaire permettant d'expliquer la complexité des processus en jeu dans l'impact de la maladie chez les migrants. Elles ont contribué à repenser les cadres de l'action publique en entreprenant, par exemple, une analyse critique du système de santé publique (J-P. Dozon et D. Fassin, 2001, p. 1), ou encore en étudiant la relation complexe et ambiguë qui lie la santé publique aux politiques de l'immigration ou encore le sida et l'immigration (D. Fassin, 1999, p. 7). Plus récemment, certaines études s'intéressent aux mécanismes et aux modalités de la mise en œuvre de traitements différentiels discriminants dans la prise en charge hospitalière du VIH-sida (S. Bascougnano, 2009, p. 4). Elles informent aussi plus finement sur la complexité des parcours et trajectoires de soins des patients migrants atteints du VIH-sida, à l'instar des chercheurs ayant contribué à l'ouvrage 'Parcours' paru en 2017 sous la direction d'Annabel Desgrées du loû et de France Lert. Ces études montrent que les migrants sont confrontés à de nombreux obstacles à l'accès aux soins en France (EHESP, 2018, p. 2). Ainsi, on assiste aujourd'hui à une diversité croissante de travaux aux approches transversales et pluridisciplinaires dont l'objectif est d'apporter des données inédites sur les patients et de mettre en lumière les conditions d'accès aux soins des migrants atteints de VIH en France. C'est dans la lignée de ces travaux portant sur les migrations internationales et la santé que s'inscrit cette présente recherche menée dans trois villes françaises afin d'analyser les variations locales dans les modalités d'accès aux soins des migrants.

Cet article vise à apporter un éclairage sur les lieux de diagnostic et les expériences de la santé chez les migrants subsahariens primo-arrivants atteints de VIH en France. L'article reviendra dans un premier temps sur le cadre de cette recherche, sur la méthodologie déployée ainsi que sur les caractéristiques de la population enquêtée. Dans un second temps, les principaux résultats concernant les facteurs de départ des pays d'origine, les

conditions de découverte du virus ainsi que leurs expériences des systèmes de soins français et africains seront exposés.

1. Cadre de la recherche et méthodologie

Les résultats présentés sont issus du volet VIH du programme de recherche MIGSAN¹, réalisé entre septembre 2017 et septembre 2018. La méthodologie qualitative et ethnographique via la réalisation d'entretiens semi-directifs est apparue la plus adaptée pour recueillir les trajectoires des personnes enquêtées (migratoire, familiale, conjugale, professionnelle, etc.), leurs vécus de la migration et de la maladie, leurs expériences de la prise en charge sanitaire et sociale, etc. (D. Côté et D. Gratton, 2014, p. 52). L'accès aux personnes a été négocié grâce aux contacts établis avec les professionnels de santé et leur recrutement a été réalisé par les Techniciens d'étude clinique (TEC) dans les trois centres hospitaliers universitaires (Nantes, Poitiers et Rennes). Ces trois sites de tailles différentes situés dans l'ouest de la France ont été choisis dans l'objectif de mener une analyse comparative des lieux de diagnostics et des modalités de prise en charge des migrants. Dans chaque service enquêté, les TEC « screenaient » les patients à partir d'une base de données médicale en fonction des critères de notre étude. Les migrants sélectionnés étaient les « primo-arrivants », qualificatif qui selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) « est appliqué à toute personne étrangère qui arrive pour

la première fois en France en provenance de l'étranger [...] ». Étaient donc inclus dans l'étude les personnes majeures arrivées en France et entrées en contact avec le système de soin à partir du dernier trimestre 2016, et ce quel que soit leurs origines nationales hors espace Schengen. Les TEC disposaient ensuite une note d'information dans les dossiers médicaux des patients sélectionnés, afin que leur médecin leur remette et, le cas échéant, recueille leur accord pour participer à l'étude. Enfin, les rendez-vous avec les patients étaient pris soit par les TEC, soit par nous-mêmes.

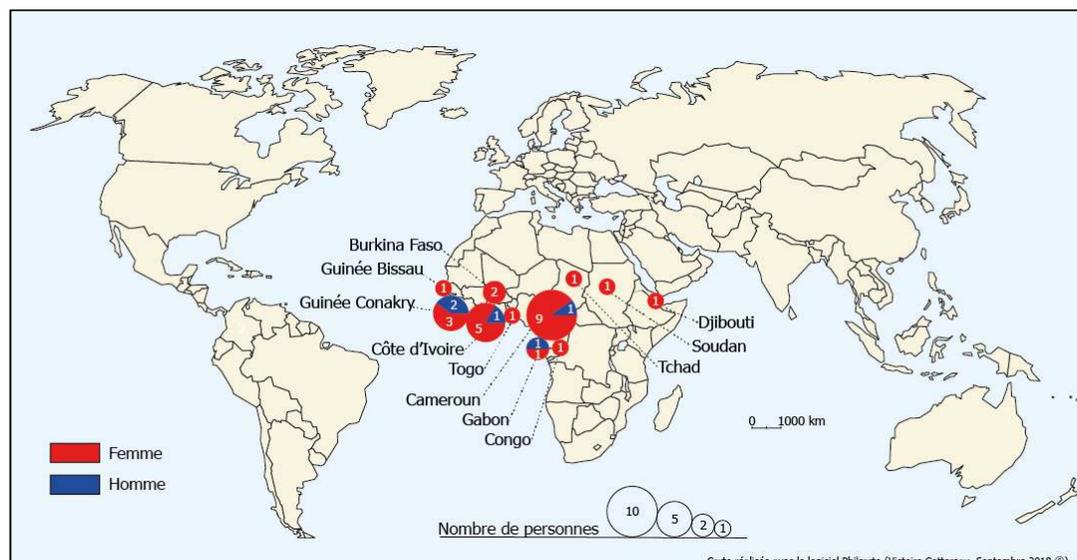
Le matériau de recherche se composait de 78 entretiens semi-directifs : 34 réalisés auprès de migrants primo-arrivants atteints de VIH, 31 effectués avec des professionnels du secteur médical, 7 réalisés avec des professionnels du secteur social et 6 effectués auprès de bénévoles et de salariés de l'association AIDES. Plusieurs thématiques, telles que la compréhension des soins ou la relation soignant/soigné, étaient abordées durant les entretiens, ayant majoritairement une durée supérieure à 1h30.

Par la suite, les entretiens ont fait l'objet d'une analyse qualitative thématique et structurale (P. Paillé et A. Mucchielli, 2012, p. 231). Nous avons traité de façon manuelle la fréquence de l'ensemble des réponses et arguments des personnes rencontrées. La carte n°1 montre que les 31 patients africains sont originaires de 11 pays différents. Notre échantillon se compose de 26 femmes (80,6%) et de cinq hommes (15,5%), dont la moyenne d'âge est de 33 ans.

¹ Le programme de recherche MIGSAN traite des inégalités sociales en se focalisant sur celles qui concernent la santé et l'accès aux soins des primo-arrivants en France. Il est

financé par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) et coordonné par Anne-Cécile Hoyez, chercheuse CNRS au laboratoire Espaces et Sociétés (UMR 6590), Université Rennes 2. <https://migsan.hypotheses.org/>

Carte n°1 : Pays d'origine des migrants primo-arrivants subsahariens atteints de VIH enquêtés



Source : Données MIGSAN, 2018

2. RESULTATS

2.1. Expériences et vécus des migrants primo-arrivants subsahariens infectés par le VIH

Le tableau n°1 montre que les statuts professionnels des 31 personnes subsahariennes interrogées sont hétérogènes et les types d'emploi exercés par les femmes sont variés, tant au niveau du domaine d'activité que du statut social qu'il leur confère dans leur pays.

Tableau n°1 : Les secteurs professionnels dans leur pays d'origine des migrants subsahariens rencontrés

Secteurs professionnels	Femmes	Hommes
Administration	1	0
Banque	1	0
Enseignement	1	0
Industrie	1	0
Jamais eu d'emploi	5	0
Petits commerces	10	3
Recherche	1	0
Restauration	3	2
Santé	2	0
Sûreté aéroportuaire	1	0

Source : Données MIGSAN, 2018

2.1.1. Les causes de départ du pays d'origine

Le tableau n°2 présente les raisons qui ont incité ces migrants à quitter leur pays d'origine.

Tableau n°2 : Les motifs de départ de leur pays d'origine des migrants rencontrés

Motifs de départ	Femmes	Hommes
Engagement politique	2	0
Études supérieures	2	0
Faire soigner un enfant dans une structure adaptée	1	0
Mariage	5	0
Ne souhaite pas le dire	0	1
Opportunités d'emplois	0	1
Rencontre par internet	2	0
VIH-sida	3	0
Violences (physique, morale, etc.)	11	3

Source : Données MIGSAN, 2018

La première cause de départ est la fuite d'un risque de violence physique ou de violences subies et infligées par le conjoint, la famille ou des inconnus. Pour

un homme gabonais et une femme guinéenne, ces violences sont survenues suite à la découverte de leur homosexualité. Leurs assaillants ayant essayé de les tuer, ils ont décidé de fuir. Pour les autres, les situations de violence sont souvent décrites dans le cadre de mariages forcés ou de conflits familiaux concernant des vols d'argent, une union ou encore l'excision. Par exemple, une femme ivoirienne de 35 ans qui avait été excisée à l'âge de 14 ans a expliqué s'être sauvée deux ans plus tard au Burkina Faso pour fuir son mariage. Sa famille continuant à la chercher afin qu'elle honore l'engagement familial, elle a décidé de quitter le continent africain. Il convient de préciser que certaines personnes n'ont pas souhaité entrer dans les détails des menaces ou atteintes physiques qu'elles ont subies, tandis que d'autres n'ont pas hésité à montrer des photographies de leurs corps marqués par les sévices. Onze femmes et trois hommes ont dit être contraints de partir pour survivre, à l'instar d'une Ivoirienne de 44 ans, qui a raconté être « une femme morte si je restais au pays ». Ces personnes ont généralement dû quitter précipitamment leur lieu de vie pour aller se cacher dans une autre ville ou un autre pays, d'où ils ont organisé leur voyage vers la France. Le mariage est le second motif de départ. Cinq femmes ont rejoint leur mari en France, qu'elles avaient rencontré dans leur pays d'origine. À l'exception d'une Camerounaise de 44 ans qui était déçue de sa vie maritale, toutes les autres ont dépeint des mariages heureux. Le troisième motif de départ est en lien avec le VIH et ses conséquences, à savoir une violence et une agressivité principalement d'ordre moral qui a contraint trois femmes à fuir leur pays. Une femme soudanaise de 20 ans a découvert qu'elle était porteuse du virus juste avant son mariage et a été obligée de quitter le territoire Libyen qui interdit la présence de tout ressortissant étranger séropositif. Deux autres femmes, une Gabonaise de 38 ans et une Congolaise de 37 ans ont également fui des formes de stigmatisation infligées par des membres de leur famille suite à la découverte de leur maladie. Les autres raisons à l'origine du départ sont diverses, allant de la poursuite d'études supérieures en passant par la recherche

de « meilleures opportunités » professionnelles.

2.1.2. Conditions de départ et parcours migratoires

À l'exception d'une femme, tous les migrants déclarent avoir choisi la France comme destination à cause de la langue, des liens historiques forts avec leur pays d'origine ou parce que des proches y résident. La place de l'imaginaire apparaît également comme non négligeable lors de l'élaboration du projet migratoire, à l'image d'une Gabonaise de 38 ans et d'un Guinéen de 22 ans, pour qui la France est « une terre d'accueil » et « un pays de droit ». En effet, « l'imaginaire arme les agents sociaux d'espérance, d'attente, de dynamismes pour organiser, bref pour engager des actions qui font la vie même des corps sociaux... » (J.J. Wunenberger, 2003, p. 78). En revanche, pour une Burkinabaise de 35 ans, la France a juste été la première occasion qui lui permettait de quitter son pays. Elle souhaitait aller au Canada ou au Sénégal, mais l'obtention du visa français l'a conduite à repenser son parcours. Enfin, quelques femmes sont venues pour différentes raisons médicales, telles des difficultés à avoir un enfant ou encore avoir accès à un traitement pour le VIH. Les migrants ont emprunté plusieurs routes migratoires et utilisé différents moyens d'entrée sur le territoire français (Tableau n°3).

Tableau n°3 : Les visas d'entrée en France des migrants rencontrés

Visas d'entrée en France	Femmes	Hommes
Aucun visa	7	3
Visa étudiant	2	0
Visa long séjour	2	1
Visa touristique	15	1

Source : Données MIGSAN, 2018

Parmi eux, 10 personnes sont passées par les voies maritimes et terrestres, car ils ne possédaient pas de visa d'entrée en France. Longs de plusieurs mois, leurs parcours ont tous été ponctués par des

violences physiques, morales ou administratives. Cinq d'entre eux ont été enfermés dans des camps en Italie et en Espagne. Trois ont raconté que la police leur avait menti en leur assurant que le relevé d'empreintes n'était qu'un simple enregistrement. Or, lorsqu'ils ont souhaité déposer leur demande d'asile en France, ils ont découvert qu'ils étaient soumis à la procédure « Dublin III »² et qu'ils risquaient être expulsés vers le pays où ils ont été enregistrés. Parmi ces migrants entrés illégalement sur le territoire français, huit d'entre eux ne connaissaient personne, n'avaient pas d'argent et se sont retrouvés dans des situations d'extrême précarité à leur arrivée (nuit dans la rue ou chez des migrants rencontrés le jour même). Les 21 autres personnes sont toutes passées par les voies aériennes, car elles possédaient un visa autorisant le séjour en France pour une durée limitée. Le visa touristique est le moyen le plus utilisé. Une seule femme envisageait initialement un mois de vacances pour venir voir son mari, mais elle a changé ses projets à la découverte de sa maladie. Tous les autres patients ont reconnu que dès le départ ils savaient qu'à l'issue des trois mois ils allaient rester en France et passer sous le joug du régime de l'illégalité.

À leur arrivée en France, ces migrants connaissent des situations très diverses. Au moment de l'enquête, tous les migrants rencontrés arrivaient à se débrouiller, car des connaissances ou de la famille leur venaient en aide. Toutefois, plusieurs ont expliqué avoir vécu des moments de « galère » à leur arrivée en France ou encore suite à la perte de leur logement après avoir été déboutés du droit d'asile. Les migrants se retrouvent alors souvent à osciller entre les centres d'hébergement d'urgence et la rue, ce qui les rend très vulnérables et à la merci des réseaux de prostitution. Enfin, toutes les femmes et l'homme arrivés avec des visas étudiants ou longs séjours avaient des situations de vie « normales », dans le sens où ils ont leur propre logement ainsi qu'une source de revenus. En fin de

compte, l'analyse des routes migratoires révèle la complexité des parcours (J. Brachet, 2009, p. 76), le plus souvent réalisés seuls, avec peu d'argent, sans connaissances et sur fond de violence.

2.2. Lieux de diagnostic, représentation de la maladie et expériences de l'accès aux soins

« Le VIH-sida est une pathologie qui reste sans signe clinique apparent pendant des années, et les personnes atteintes ignorent en général à quel moment elles ont été infectées. » (A. Desgrées du Loû et F. Lert, 2017, p. 140). Parmi les migrants rencontrés, l'infection a pu avoir lieu en France, dans le pays d'origine, dans un pays de transit et parfois même la personne ignore à quel moment elle a pu être contaminée. Ces variations des lieux de contamination et d'annonce de l'infection ont également influencé le regard de la personne sur le virus et in fine son expérience de la maladie.

2.2.1. Les patients diagnostiqués dans leur pays d'origine ou dans un pays tiers

Parmi les 31 patients subsahariens, 10 femmes connaissaient leur séropositivité avant leur arrivée en France. La majorité avait débuté un traitement dans leur pays, à l'instar d'une Camerounaise de 38 ans qui a découvert être séropositive en 2010 lors d'une campagne de dépistage gratuit. Jusqu'à sa venue en France en 2016 pour rejoindre son mari, elle a eu accès à ses médicaments sans problème et elle a précisé n'avoir en aucun cas migré pour se faire soigner. Par ailleurs, elle a indiqué que son médecin avait su la rassurer à l'annonce du diagnostic en lui expliquant qu'elle allait pouvoir se marier et avoir des enfants. À l'inverse, pour une femme congolaise de 37 ans, c'est cette annonce, faite sans tact et sans confidentialité, qui l'a amenée à quitter le Congo.

« Il y avait mes deux grandes sœurs, le père de mes enfants était là, il y avait une dame aussi,

pays reste responsable de l'examen de la demande d'asile (que la demande soit encore en cours d'examen ou rejetée).

² Selon le règlement « Dublin III », un seul État membre est responsable de l'examen d'une demande d'asile dans l'Union européenne (UE). Ainsi, si une personne a fait une demande d'asile dans un autre État membre de l'UE, ce

je ne sais pas ce qu'elle faisait là à cette période et il y avait le chauffeur de ma grande sœur...donc il (le médecin) a annoncé ça, il a ouvert l'enveloppe, il a dit, mais c'est séropositif ! Comme ça...sans expliquer, sans remonter la personne, sans préparer la personne donc c'est une nouvelle qui a été balancée comme ça.» (Sylvia³, 37 ans, Congolaise)

Son mari étant également séropositif, sa belle-famille lui a alors interdit de continuer à le voir, l'accusant de lui avoir donné le virus alors qu'elle avait été violée quelques mois auparavant. Devenue une sorte de « pestiférée », elle indique s'être alors enfuie au Gabon avec la plus jeune de ses filles. Éprouvant là-bas des difficultés à trouver les médicaments, elle décida de vendre toutes ses affaires et son terrain afin de partir se soigner en France. Pour d'autres femmes, c'est la peur de l'erreur de diagnostic et/ou de la rupture du secret médical qui ont été les facteurs déclencheurs du départ en France. Une Gabonaise de 38 ans a expliqué que le médecin lui a annoncé son diagnostic devant deux connaissances et qu'à partir de ce jour certaines personnes ne voulaient plus l'approcher, en particulier une de ses sœurs qui lui parlait du « trottoir situé de l'autre côté de la rue ». Désespérée, elle a pris contact avec une autre sœur vivant en France, qui a proposé de venir la rejoindre. Une Camerounaise de 26 ans a confié n'avoir volontairement pas dit qu'elle était porteuse du virus avant de se faire dépister en France, car elle espérait une erreur de diagnostic des médecins camerounais. Une autre camerounaise de 37 ans, quant à elle, a été diagnostiquée dans un hôtel au Tchad au cours d'un voyage professionnel. Toutefois, elle précise qu'on ne l'avait pas informée qu'il s'agissait d'un test pour le VIH et elle n'a pas cru qu'elle était malade. Deux ans plus tard, ce sont finalement des femmes qui passaient dans son quartier pour sensibiliser la population à ce virus qui lui ont donné l'adresse d'un hôpital où elle a repassé des examens et commencé un traitement. Enfin, une femme ivoirienne de 42 ans a découvert sa séropositivité

au cours de sa première grossesse en 2008 et a décidé de prendre immédiatement les traitements pour que son enfant naisse en bonne santé.

Finalement, les femmes rencontrées ont découvert leur séropositivité en Afrique soit en effectuant des dépistages spontanés, une pratique répandue en Côte d'Ivoire et au Cameroun (P. Ngangue et *al.*, 2016, p. 409), soit en étant dépistées à l'occasion d'une hospitalisation ou d'un suivi de grossesse.

2.2.2. Les patients diagnostiqués en France

Le diagnostic a été effectué en France pour les 21 autres migrants rencontrés. Le dépistage a été majoritairement réalisé au sein d'une Permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Situées dans différents lieux selon les villes (hôpital, local en centre-ville, etc.) afin de capter un large éventail de personnes, les PASS sont le lieu d'adressage privilégié des patients sans couverture sanitaire. Ces lieux sont généralement bien identifiés par les migrants, car ils peuvent y voir gratuitement une assistante sociale, un psychologue ou encore un médecin. Les professionnels rencontrés ont tous remarqué que la part des migrants subsahariens a beaucoup augmenté parmi les consultants des PASS ces dernières années. Les praticiens ont ainsi pris l'habitude de systématiquement leur proposer un dépistage, en raison du fort taux de prévalence du VIH dans la plupart des pays africains. La majorité des patients acceptent le dépistage qui se fait avec le Test rapide d'orientation diagnostique (TROD). Si le test s'avère positif, le patient est réorienté vers le service de maladies infectieuses de l'hôpital où une infirmière lui fera une prise de sang. En général, le diagnostic a eu lieu peu de temps après leur arrivée en France et dans la grande majorité des cas, c'est un état de santé fiévreux, une douleur, des maux de tête ou encore des diarrhées qui ont conduit la personne à consulter. Tous les migrants enquêtés ont souligné être satisfaits de l'accueil et

³ Les prénoms ont été modifiés.

du travail effectués par les différents professionnels des PASS.

Par ailleurs, lorsque les patients sont en France depuis quelques mois et qu'ils bénéficient de l'Aide médicale d'État (AME)⁴, la PASS les réoriente vers un médecin généraliste. En cas de problème de santé, ils doivent donc consulter leur médecin traitant, qui peut leur prescrire une prise de sang en laboratoire. Quelques jours plus tard, ils retournent chez leur médecin qui leur annonce les résultats et si un VIH est diagnostiqué, il les oriente vers l'hôpital. Enfin, certaines patientes se sont rendues aux urgences et ont pu être immédiatement hospitalisées en raison de leur état de santé très dégradé. Lorsque le pronostic vital d'un patient est en jeu, il peut bénéficier de la prise en charge des « soins urgents ». L'assurance maladie prend alors à sa charge l'intégralité des soins pratiqués dans l'établissement.

2.2.3. Les représentations de la maladie à l'annonce du diagnostic

En premier lieu, l'annonce du diagnostic est vécue comme un « choc » pour reprendre les propos d'un certain nombre d'entre eux. Cette réaction résulte des représentations qu'ils ont du VIH-sida, souvent ancrées dans les expériences vécues ou entendues dans leur pays d'origine.

« Moi j'avais l'image d'une mauvaise maladie, une maladie sale, une maladie de quelqu'un qui est prostitué quoi...une maladie de quelqu'un qui n'a pas mené une bonne vie. » (Domitille, 38 ans, Gabonaise)

Tous les patients rencontrés ont été bouleversés à l'annonce du diagnostic, à l'exception d'une Camerounaise de 29 ans. Celle-ci a dit avoir pris la nouvelle « positivement », mais il convient de préciser qu'elle avait acquis un savoir sur le virus en exerçant comme infirmière dans un centre de recherche sur les maladies rares et le VIH. À l'opposé, une femme ivoirienne de 42 ans a reconnu avoir pris des médicaments pour mettre fin à ses jours, et plusieurs autres ont

avoué avoir pensé au suicide, à « aller à la mer ». De nos jours, les représentations, les croyances et les mythes restent encore très nombreux sur le VIH (H. Kwilu Landundu, 2015, p. 6). Pour la plupart des patients, le VIH-sida est synonyme de mort physique (espérance de vie courte), et de mort sociale (rejet, stigmatisation, exclusion de la communauté).

« J'étais abattue avec ce qu'on entend du VIH, la mort, ton pied dans la tombe. [...] j'étais vraiment déboussolée, j'étais vraiment mélangée dans mon esprit, je pleurais, que j'ai dit ma vie est foutue. Est-ce que je vais me marier ? Comment annoncer ça à ma famille ? Et du coup en Afrique puisqu'on te rejette...et ta famille même ! » (Véronique, 27 ans, Ivoirienne)

« Quand tu es malade de ça, on te trouve une maison et tu es vraiment à l'écart, tu dors tout seul parce que tu es devenu comme une peste donc vraiment c'était difficile pour moi. » (Cécile, 44 ans, Ivoirienne)

L'image négative du VIH auprès des Africains s'est forgée dès le début de l'épidémie. Tout d'abord, « La façon dont le sida [...] fut présenté à l'Afrique concourut largement à la formation de ces théories du complot, de ces dénégations ou des imputations contraires faisant du sida une maladie de blancs. C'est ce que l'on appelle couramment le « retournement du stigmaté » » (D. Lestrade et G. Pialoux, 2011, p. 45). La montée du sida en Afrique dans les années 1980 a ainsi généré des enjeux fantasmatiques ou culturalistes. Deuxièmement, le principal mode de transmission de ce virus étant sexuel, il est souvent associé aux travailleuses du sexe et aux personnes ayant de multiples partenaires sexuels. Enfin, ce virus est encore mortel aujourd'hui dans certains pays d'Afrique qui n'offrent qu'un faible, voire aucun accès aux traitements. Toutefois, ces représentations et préjugés ne sont pas l'apanage de l'Afrique. Face à ce constat, nous avons interrogé les migrants sur l'expérience passée de l'accès aux soins

⁴ L'aide médicale d'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de

résidence stable et de ressources pour une durée d'un an. Son renouvellement doit être demandé chaque année.

et de la prévention dans leur pays d'origine.

2.2.4. Expériences de l'accès aux soins dans le pays d'origine

Les migrants rencontrés ont globalement connu peu de soucis de santé avant la découverte du virus. Ils sont rarement allés à l'hôpital, mis à part pour les accouchements, pour des « chauffes » liées au paludisme, ou pour accompagner un proche. Or, cette faible consommation de soins dans les pays d'origine n'est pas anodine. Pour la majorité des migrants, les systèmes de santé africains rencontrent de graves problèmes à différents niveaux (finance, gestion, personnel, etc.). Ces difficultés seraient à l'origine d'une mauvaise prise en charge, d'erreurs à répétition, mais également de mauvais comportements de soignants, pouvant aller jusqu'au non-respect de l'éthique médicale et de la confidentialité des patients.

« Là-bas on meurt ! Parfois tu arrives à l'hôpital, si tu trouves une infirmière qui est de mauvaise humeur, elle ne te regarde même pas, elle s'occupe de regarder sa télévision ou bien de mettre son vernis ou bien elle regarde son WhatsApp. [...] Il n'y a pas d'éthique professionnelle, il n'y a pas ça. » (Domitille, 38 ans, Gabonaise)

« Le système de santé en Guinée...ce n'est pas normal, parce que là-bas si tu n'as pas d'argent, tu vas mourir [...] Faut tout payer, jusqu'au dernier centime. Parce que mon opération, je devrais faire ça un mois avant, mais vu la situation ce n'était pas facile de payer une opération. [...] J'ai passé un mois à la maison sans aller à l'école, sans faire rien et un jour j'ai fait un infarctus. » (Tania, 19 ans, Guinéenne)

L'absence de sécurité sociale dans la plupart des pays oblige les gens à payer eux-mêmes les frais médicaux ainsi que le matériel utilisé par les soignants. Des migrants ont raconté que de nombreuses personnes meurent chez elles de maladies souvent bénignes ou « devant l'hôpital général. Des cadavres, des gens en sang à terre, parce qu'ils n'avaient pas d'argent ! ». Pour l'ensemble de ces raisons, les personnes enquêtées ont expliqué que la majorité des gens ne se rendent à l'hôpital qu'en cas d'extrême nécessité en Afrique et qu'aucun de ces

systèmes de santé n'est comparable à celui de la France.

3. DISCUSSION

Liant migrations internationales et santé, cette recherche qualitative et pluridisciplinaire sur les migrants subsahariens atteints de VIH présente l'originalité d'avoir été menée dans trois villes françaises de tailles différentes. Cette diversité des terrains apparaissait ici essentielle, car l'accès aux soins des migrants en France revêt différentes formes en fonction des contextes locaux (A.C. Hoyez, 2011, p. 6). Sur un échantillon de 31 patients subsahariens récemment pris en charge médicalement, on comptait 26 femmes pour cinq hommes. À la surprise de certains professionnels de santé, cette part majoritaire de femmes parmi les patients migrants a été observée dans chacun des centres hospitaliers étudiés et ne résulte pas d'un d'accord de participation à l'étude supérieur chez les femmes que chez les hommes. Composé de patients ayant tant des profils professionnels variés que des raisons diverses d'être venus en France, notre échantillon confirme ainsi que le migrant est devenu une figure emblématique des transformations des ordres locaux et globaux, bien loin de « l'image traditionnelle du travailleur immigré faiblement scolarisé, du manoeuvre sans qualification professionnelle, originaire d'un village reculé d'un pays du sud, [...] (qui) ne correspond que rarement à la sociologie des flux migratoires aujourd'hui. » (G. Simon, 2008, p. 113). En effet, les recherches sur les migrations internationales montrent actuellement que celles-ci sont caractérisées par d'importantes dynamiques de reconfiguration et de complexification à l'échelle mondiale (G. Cortes et L. Farret, 2009, p. 7), donnant naissance à de nouvelles formes migratoires composites et variées.

Par ailleurs, cette étude permet de souligner que seul un tiers des patients avaient été diagnostiqués dans leur pays d'origine ou dans un pays tiers, ce qui conduit à infirmer l'argument de « l'appel d'air » et de la supposée surconsommation médicale des

étrangers en situation irrégulière (A-C. Hoyez, 2011, p. 4). À l'inverse, cette étude met en lumière la place centrale des PASS dans les lieux de diagnostic en France. Quelle que soit la ville d'arrivée, on constate que les migrants sont satisfaits d'être en majorité orientés vers ces lieux, où des professionnels se chargent de leur proposer une consultation médicale et de leur ouvrir des droits leur permettant d'accéder aux soins. Finalement, il est apparu que ces lieux d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation et de soins sont un modèle de pratique ouvrant des perspectives à l'ensemble du système de santé français (C. Georges-Tarragano, et al., 2017, p. 25) et qui, plus globalement, pourrait inspirer la prise en charge médicale des migrants au-delà des frontières françaises.

Les résultats de cette recherche montrent également que 30 des 31 patients subsahariens rencontrés avaient des représentations négatives du VIH à l'annonce du diagnostic, à l'instar de beaucoup de gens dans le monde qui croient encore qu'il s'agit d'une maladie mortelle associée à des comportements « déviants » (C. Francoeur, 2011, p. 152). Ce regard se serait en partie forgé au travers de l'expérience de l'accès aux soins qu'ils ont connu dans leur pays d'origine. En effet, les témoignages des patients corroborent le fait qu'en Afrique la médecine est encore souvent « inhospitalière » et que « l'ensemble des systèmes (système de santé et système politico-administratif) [...] est en crise. » (Y. Jaffré et J.P. Olivier de Sardan, 2003, p. 12). Sur ce point, les discours recueillis montrent que l'accès aux médicaments du VIH est très hétérogène en Afrique. La plupart des Camerounais et Ivoiriens soulignent l'accessibilité à la prévention et aux médicaments antirétroviraux dans leurs pays respectifs. Engagés dès le milieu des années 1990 dans la lutte contre le sida, ces pays font aujourd'hui figure de modèles en Afrique subsaharienne. À l'opposé, six Guinéens ont expliqué que les médicaments sont en rupture quasi permanente dans leur pays et qu'ils n'ont jamais vu de campagne de dépistage. Les Congolais et des Gabonais racontent, quant à eux, que leur pays est régulièrement en

rupture de traitements, ce qui entraîne la circulation de faux médicaments ou décourage les personnes à se soigner. À ce titre, un Gabonais de 30 ans a perdu son frère et sa sœur du VIH, alors qu'il les avait amenés à l'hôpital et payé les médicaments prescrits. Cet exemple souligne tant les problèmes de prise en charge des patients atteints de VIH dans certains pays d'Afrique, que ceux liés à l'accessibilité des traitements et à la circulation de médicaments illicites (M. Quet, 2016, p. 198).

Par ailleurs, beaucoup de personnes passeraient sous silence leur maladie dans leur pays d'origine, car le sujet est encore tabou, mais également parce que les conditions de dépistage et d'annonce sont globalement mauvaises et qu'elles se déroulent parfois dans le non-respect des droits les plus élémentaires (V. Ghadi et N. Serbandini, 2010, p. 25). In fine, les témoignages des migrants laissent à penser que la plupart des pays africains ont encore une importante réflexion à mener en termes de prévention, de dépistage, mais également de formation des professionnels de santé afin de développer et d'améliorer la prise en charge des patients atteints du VIH en Afrique subsaharienne. Ainsi, à l'heure où l'accès aux traitements pour des millions de personnes infectées par le VIH dans les pays en développement est un défi majeur pour la communauté internationale (P. Msellati et al., 2001, p. VII), il paraît essentiel de poursuivre les recherches sur les lieux de diagnostic et les expériences de la santé de patients atteints de VIH dans différents États africains.

CONCLUSION

Cette recherche pluridisciplinaire présente l'intérêt de questionner les limites de la prise en charge des patients atteints de VIH dans les systèmes de santé des pays africains. Le fait que les deux tiers des migrants rencontrés ont découvert leur séropositivité en France souligne d'abord un manque de dépistage criant dans certaines régions. Bon nombre d'entre eux ont dit être soulagés d'avoir découvert leur séropositivité en France, car ils savent qu'ils vont être soignés (et ne pas mourir),

et ils s'épargnent d'être marginalisés par leur entourage en cas de diffusion de l'information. La réaction de « choc » et l'image de mort associée au virus soulignent également le manque d'information sur la pathologie et sur l'évolution des traitements. La plupart des migrants ont d'ailleurs reconnu qu'ils ignoraient que le VIH était devenu une maladie chronique dont on ne meurt plus dans les pays du Nord. Cette situation entretiendrait des mythes et des idées reçues sur le virus qui constituent de véritables barrages au dépistage et au recul de la pathologie. En fin de compte, ces résultats apportent des données inédites sur les causes de départ, les lieux de diagnostic et les expériences de la santé des patients africains séropositifs en France. Sans faire de généralité, ils soulignent les limites du dépistage et identifient les défaillances des systèmes de santé dans de nombreux pays africains comme le principal frein à la diminution du VIH, à l'évolution des représentations et à l'amélioration de la vie quotidienne des personnes contaminées en Afrique.

Références bibliographiques

AIDES, 2017, VIH/hépatites, la face cachée des discriminations [En ligne], 82 p., URL : <http://aides.org/rapport-discriminations-2017>

BASCOUGNANO Sandra, 2009, Savoirs, idéologies et traitements différentiels discriminants dans les rapports soignants/soignés. La prise en charge hospitalière du VIH SIDA à la Réunion et en Ile de France. Thèse de doctorat de sociologie, Université de Paris 7 Diderot, 542 p.

BEAUCHEMIN Cris et LESSAULT David, 2014, « Les statistiques des migrations africaines : ni exode, ni invasion », e-migrinter [En ligne], 12 | 2014, pp.32-43 URL : <https://journals.openedition.org/e-migrinter/417> ; DOI : 10.4000/e-migrinter.417

BRACHET Julien, 2009, Migrations transsahariennes : vers un désert cosmopolite et morcelé (Niger), Paris, Éditions du Croquant, 322 p.

CORTES Geneviève et FARET Laurent, 2009, Les circulations transnationales : lire les turbulences migratoires contemporaines, Paris, Armand Colin, 244 p.

CÔTÉ Daniel et GRATTON Danielle, 2014, « L'approche ethnographique. Illustration dans le contexte de la réadaptation en santé mentale », in CORBIÈRE Marc et LARIVIÈRE Nadine (dir.), Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans les recherches en sciences humaines, sociales et de la santé, Chapitre 3, pp.51-71.

DESGRÉES DU LOU Annabel et LERT France (dir.), 2017, Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France, Paris, La Découverte, 360 p.

DOZON Jean-Pierre et FASSIN Didier, 2001, Critique de la santé publique : une approche anthropologique, Paris, Balland, 361 p.

EHESP, 2018, La santé des migrants en situation précaire [En ligne], 17 p., URL : https://documentation.ehesp.fr/wp-content/uploads/2018/04/DO_SanteMigrants_201804.pdf

FASSIN Didier, 1999, « L'indicible et l'impensé : la « question immigrée » dans les politiques du sida », Sciences sociales et santé, volume 17, n° 4, p. 5-36.

FRANCOEUR Christine, 2011, « Les multiples visages du VIH-sida. Représentations, expériences et intervention », Revue d'intervention sociale et communautaire, volume 17, n° 2, p.150-162.

GHADI Véronique et SERBANDINI Nastascia, 2010, « Les femmes migrantes, le VIH et la parole », Plein droit, numéro 86, p.24-27.

GEORGES-TARRAGANO Claire, GRASSINEAU Dominique, ASTRE Harold et GAILLARD Julien, 2017, « Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d'une approche universelle », Laennec, tome 65, p. 25-37.

HOYEZ Anne-Cécile, 2011, « L'accès aux soins des migrants en France et la « culture de l'initiative locale ». Une analyse des contextes locaux à l'épreuve des orientations nationales », *Cybergeo : European Journal of Geography* [En ligne], 566, URL : <https://journals.openedition.org/cybergeo/24796> ; DOI : 10.4000/cybergeo.24796

JAFFRÉ Yannick et OLIVIER DE SARDAN Jean-Pierre, 2003, *Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, 462 p.

KWILU LANDUNDU Hubert, 2015, *VIH/SIDA : représentations, croyances et mythes en RDC*, [En ligne], URL : <https://shsvih.hypotheses.org/534>

LESTRADE Didier et PIALOUX Gilles, 2011, *SIDA 2.0 regard croisés sur 30 ans d'une pandémie...et demain ?*, Paris, Fleuve Noir, 462 p.

MSELLATI Philippe, VIDAL Laurent, et MOATTI Jean-Paul (dir.), 2001, « L'accès aux traitements du VIH/sida en Côte d'Ivoire. Évaluation de l'Initiative Onusida / ministère ivoirien de la Santé publique. Aspects économiques, sociaux et comportementaux », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], ANRS, 345 p. URL : <https://journals.openedition.org/apad/195>

NGANGUE Patrice Alain, GAGNON Marie-Pierre et BÉDARD Emmanuelle, « Prendre connaissance de son résultat après un dépistage volontaire du VIH au Cameroun », *Santé Publique*, volume 28, p. 409-416.

PAILLE Pierre et MUCCHIELLI Alex, 2012, *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociale*, Paris, Armand Colin, 424 p.

QUET Mathieu, 2016, « Sécurité pharmaceutique, technologie et marché en Afrique. La lutte contre les médicaments illicites », *SAC. Revue d'anthropologie des connaissances*, volume 10, n°2, p.197-217.

SANTÉ PUBLIQUE France, 2016, *Infection par le VIH et les IST bactériennes*, Données

épidémiologiques [En ligne], pp. 1-6, URL : file:///C:/Users/Victoire/Downloads/Bulletin_VIH-IST_2017.pdf

SIMON Gildas, 2008, *La planète migratoire dans la mondialisation*, Paris, Armand Colin, 255 p.

UNION AFRICAINE, 2006, *Positions africaine commune sur la migration et le développement*, Réunion des experts sur la migration et le développement 03-05 avril 2006 Alger (Algérie), 18 p.

WUNENBURGER Jean-Jacques, 2003, *L'imaginaire*, Paris, PUF, 128 p.