

FEMMES MIGRANTES AFRICAINES EN FRANCE ET VIH/SIDA**Sidonie MATOKOT-MIANZENZA**

Psychologue, Cesbc

Coordinatrice de Charité Maternelle – Sida Familles

Introduction

En Afrique subsaharienne, 25,4 millions de personnes sont touchées par le VIH/Sida. Le sous-continent compte 95 % des 13,2 millions orphelins (dont un million environ en Ouganda) du Sida dans le monde. Le rapport 2004 de l'ONUSIDA fait état d'une nouvelle progression du sida. Il évalue à plus de 3 millions le nombre de morts et à près de 5 millions le chiffre de nouvelles contaminations pendant cette période.

Le rapport 2004 de l'ONUSIDA insiste également sur une tendance qui se dessine depuis quelques années : les femmes sont devenues les premières victimes du VIH/Sida. A l'échelle mondiale, un peu moins de la moitié (44 %) de toutes les personnes vivant avec le VIH sont de sexe féminin. En Afrique subsaharienne les rapports hétérosexuels sont le mode dominant de transmission. Dans cette région, le VIH/Sida touche plus gravement les femmes. En effet, les femmes et les filles représentent près de 57 % des personnes infectées. Cette proportion grimpe à 76 % dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans. Le risque pour une jeune femme de 15 à 24 ans d'être infectée par le VIH est trois fois plus élevé que pour un jeune homme de la même tranche d'âge. Face à une telle évolution, l'ONUSIDA avait choisi sa campagne mondiale pour l'année 2004 sur *les femmes, les filles, le VIH et le sida*.

La double caractéristique - Afrique subsaharienne continent le plus touché avec une proportion élevée de femmes - apparaît dans les statistiques de la *Surveillance du VIH/Sida en Europe* (Eurohiv, 2004). Les courants migratoires en provenance des régions de forte épidémie contribuent à faire croître la part des immigrés dans la population infectée. En France métropolitaine, selon l'enquête VESPA (2003), les étrangers (6 % environ de la population générale) représentent 18 % des personnes contaminées. Une femme séropositive sur trois (soit 31 %) est étrangère. Un homme séropositif sur sept (soit 13 %) est étranger. Parmi les étrangers, les originaires d'Afrique subsaharienne constituent le groupe le plus touché par l'épidémie. Et au sein de cette communauté la situation des femmes est plus préoccupante :

- femmes, elles sont victimes de nombreuses inégalités ;
- migrantes, elles doivent surmonter les obstacles que rencontrent tout immigré ;
- séropositives, elles sont stigmatisées par la société à commencer par leur propre communauté.

Cette situation plonge les migrantes africaines touchées par le VIH/Sida dans un environnement de souffrances extrêmes. Dire que les migrantes africaines sont actuellement en France les premières victimes du VIH est un tabou. Des conclusions rapides et malveillantes peuvent être tirées. Une suspicion est souvent jetée sur les immigrés qui sont souvent montrés du doigt comme cause de tous les maux. Mais face à

la gravité de la situation et au désarroi de la plupart des migrantes africaines touchées par le VIH/Sida en France, il faut réagir.

Cet article se propose de faire le point sur la condition des femmes migrantes africaines touchées par le VIH/Sida en France. Il montre la détresse de ces femmes. Il invite les migrants africains en France à briser le silence et les barrières qui font obstacle à l'accompagnement des personnes qui ont plus que jamais besoin de la solidarité de leur entourage pour faire face à la maladie.

Bref aperçu du VIH/Sida chez les migrants africains en France

En France métropolitaine, le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida est évalué à 100 000 environ. Les étrangers (6 % environ de la population générale) représentent 18,4 % (soit 18 500 environ) des personnes contaminées (cf. tableau)

Composition en % de la population vivant avec le VIH
en France métropolitaine en 2003

	Population générale adulte âgée de 20 ans ou plus au recensement de 1999	Adultes âgées de 18 et plus vivant avec le VIH en 2003 (1)
Sexe		
• Homme	47,8	71,2
• Femme	52,2	28,8
Nationalité et lieu de naissance		
• Français de naissance ou né en France	89,4	78,4
• Français par acquisition	4,6	3,2
• Etranger (2)	6,0	18,4
Région		
• Ile-de-France	18,6	43,5
• PACA et Corse	8,3	14,6
• Rhône-Alpes	9,5	7,4
• Midi-Pyrénées	4,5	5,4
• Aquitaine	5,1	5,1
• Languedoc-Roussillon	4,0	3,9
• Autre région	49,9	20,1
(1) Personnes infectées par le VIH et suivies à l'hôpital, qu'elles soient malades ou pas.		
(2) Les immigrés (personnes nées étrangères) représentent 21,6 des personnes infectées ; dans le détail, ceux nés en Europe (dans un autre pays que la France) représentent 4,2%, ceux nés au Maghreb, 2,3% et ceux en Afrique subsaharienne, 11,8%.		

Source : Enquête « Vespa » et INSEE, in France Lert, Yolande Obadia et l'équipe de l'enquête Vespa, Comment vit-on en France avec le VIH/sida ?, INED, Population et Sociétés, n° 406, novembre 2004,

La situation concernant les migrants africains est la suivante :

- un immigré touché par le VIH/Sida sur deux (55 %) est né en Afrique subsaharienne contre un sur 10 (11%) pour les personnes nées au Maghreb ;
- les femmes représentent 60 % des personnes touchées par le VIH/sida nées en Afrique subsaharienne contre 51 % pour les personnes nées au Maghreb ;
- parmi les nouveaux diagnostics VIH+ chez les femmes, 51 % concernent les originaires d'Afrique subsaharienne.¹

L'annonce de la séropositivité et ses conséquences

Les femmes sont plus fréquemment au courant de la sérologie que les hommes. En effet, elles ont plus souvent des occasions d'être dépistées, notamment lors d'un suivi gynécologique. La grande majorité des femmes migrantes (55%) a appris la contamination au cours de la grossesse, pour les autres, 25 % au cours d'une maladie ou d'une hospitalisation tandis que les 20 % restants sont arrivées en France en connaissant leur sérologie.

L'annonce de la séropositivité est un moment très douloureux. La période qui suit cette annonce est suivie d'un état dépressif. Etre contaminé par le VIH est déjà une épreuve difficile. Pour une africaine, cette épreuve se double de la remise en cause de son statut de femme et de mère. Psychologiquement et sociologiquement, cette perspective est difficile à supporter. Comment l'annoncer à la famille ? Comment la priver de l'espoir qu'elle a mis en elle?

Dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, la grossesse est, pour une femme, la preuve de sa fécondité, une étape qui signifie que la vie continue, que le groupe social se renouvelle grâce à elle. La femme a le pouvoir de donner la vie aux humains ce qui lui confère des responsabilités et des pouvoirs spéciaux.² La conception du rôle de la femme est donc claire et précise « puisque même si une femme ne se marie pas, elle doit au moins chercher à avoir un enfant, tant il est vrai qu'une femme stérile n'est pas une femme. »³

La séropositivité, parce qu'elle contrecarre la possibilité de donner la vie sans risque pour l'enfant à venir⁴, est perçue comme une malédiction et une souillure. Elle pose le problème de la représentation de la femme dans le groupe social, du statut de la femme, de la mère et de l'enfant à qui elle risque de transmettre, par la contamination, la mort au lieu de la vie.

C'est à ce moment que la femme a le plus besoin du soutien de sa famille et de son groupe social. Paradoxalement, craignant de dévoiler son état et d'être marginalisée, elle

¹ L'essentiel des statistiques viennent de l'Institut de Veille Sanitaire.

² MATOKOT-MIANZENZA, S., 2003, Viol des femmes dans les conflits armés et thérapies familiales. Cas du Congo Brazzaville, L'Harmattan, Paris, p. 93.

³ MAMBOU-GNALI, A., 1968, La femme africaine, un cas : la congolaise, Présence Africaine, n° 68, Paris, p. 20.

⁴ Les risques de contamination de la mère à l'enfant atteignent 40 % dans les régions à grande contamination. Ils tombent jusqu'à 5 % dans les pays développés en raison de la prise en charge précoce pendant la grossesse.

se coupe de son groupe social. Elle ne le dit que quand elle n'a plus le choix. La plupart du temps, personne n'est au courant de la sérologie.

L'isolement ou le rejet des autres complique davantage la vie quotidienne des femmes migrantes. Elles n'ont plus la possibilité d'entretenir une relation normale avec leur groupe social. Face aux difficultés qu'elles vont rencontrer, elles ne peuvent plus faire appel à la solidarité et à la fonction du groupe social comme filet de sécurité.

Si la migrante à qui l'annonce a été faite est hébergée, elle peut rapidement se retrouver sans domicile. En effet, à cause du changement de son comportement elle donne l'impression de cacher quelque chose. La personne qui l'héberge va chercher à comprendre ce qui se passe. Elle peut être amenée à fouiller les affaires de la femme, trouver les ordonnances et les médicaments. A cette occasion elle apprend la contamination au VIH de son hébergée. Aussi, beaucoup de femmes touchées par le VIH/Sida ne se séparent jamais de leur dossier médical et de leurs médicaments. Cette situation leur fait subir une pression psychologique insupportable.

En Afrique subsaharienne, le dépistage gratuit et anonyme du VIH n'est pas encore institué. Le coût rédhibitoire du test et la peur du sida n'incitent pas les gens à le passer. Aussi, le plus souvent, les personnes contaminées apprennent-elles leur séropositivité quand elles tombent malades. Dès lors le pronostic de la mort n'est pas loin parce que, dans la plupart des pays, l'accès aux anti-rétroviraux est problématique. C'est pourquoi les migrants arrivés récemment en France (moins de six mois) et qui apprennent leur séropositivité, ont une représentation très sombre du sida : maigreur, souffrance, destruction du tissu social et mort à court terme. Beaucoup ne rentreront plus dans leur pays ; cela reviendrait à renoncer à se soigner et à se condamner à mort.

L'attitude de la société peut pousser les migrantes à se cloîtrer chez elles et donc à se couper du dispositif de prise en charge des personnes touchées par le VIH. Elles peuvent avoir des difficultés pour accéder à un logement, à un emploi. Leurs enfants peuvent être stigmatisés si leurs camarades d'école connaissent la séropositivité de leur famille. Un des problèmes soulevés par cette situation d'incompréhension des femmes à l'égard de leur prise en charge médicale est qu'elles se sentent en échec dans leur faculté de compréhension du monde dans lequel elles ont migré.

Le VIH et le couple

Certains couples touchés par le VIH/Sida sont caractérisés par la séro-discordance (un seul conjoint est atteint). Selon les spécialistes du VIH/Sida, les risques de contamination de l'homme à la femme sont bien plus importants que de la femme à l'homme. Pour des raisons biologiques, l'anatomie féminine rend la femme plus exposée face à la contamination. Ce qui explique la séro-discordance de nombreux couples où la femme est porteuse du VIH/Sida et l'homme ne l'est. Les couples où seul l'homme est contaminé sont rares.

Quand la séropositivité de la femme est annoncée, le conjoint refuse souvent de faire le test de dépistage car il considère sa compagne comme la personne qui a introduit le VIH

dans la famille. Il lui fait porter la responsabilité de l'infection. Alors commence pour la femme un parcours difficile :

- violence physique et psychologique ;
- chantage (menace de divulguer la séropositivité, confiscation du passeport, tc.) ;
- abandon de la famille amenant la femme à se débrouiller toute seule avec ses enfants.

La peur suscitée par le sida, la honte et la dévalorisation de son propre corps fait naître des difficultés de continuer une relation harmonieuse avec le conjoint. La femme va préférer quitter le foyer conjugal. En outre elle a des difficultés de s'investir dans une relation nouvelle pour ne pas dévoiler sa séropositivité.

La migrante contaminée par le VIH/Sida se retrouve souvent seule, soit que l'homme la rejette, soit qu'elle préfère le quitter plutôt que lui annoncer sa contamination. Les enquêtes montrent que chez les séropositifs, les immigrés sont très nombreux à vivre avec des enfants mineurs (35 % des hommes et 44 % de femmes) mais aussi à avoir des enfants dont ils vivent séparés (respectivement 34 % et 28 %), la plupart (73 %) étant restés dans les pays d'origine.

L'accueil et l'accompagnement des personnes touchées par le VIH/Sida

La séropositivité pose des graves problèmes qui sont, pour les associations et les institutionnels spécialisés dans l'accueil et l'accompagnement des personnes contaminées, des défis à relever.

Les solutions proposées peuvent varier d'un cas à un autre. Il n'y a pas de solution toute faite parce que chaque personne vient avec une histoire et un parcours qui lui sont propres. Il faut parfois envisager des solutions spécifiques dont la recherche nécessite l'implication de nombreux partenaires : Associations, PILS, Mairie, DASS, Préfecture, CAF, Sécurité sociale, Hôpitaux, etc. Les réponses à apporter varient selon que les deux conjoints sont porteurs du VIH/Sida ou non. D'autres critères rentrent également en ligne de compte : situation familiale, statut administratif, ancienneté de la présence sur le territoire français, statut du logement, emploi, etc.

Souvent, la maladie et la précarité se conjuguent pour créer des situations extrêmes. Certaines associations accueillant les personnes touchées par le VIH/Sida ont élargi leurs missions vers un soutien à l'insertion sociale, un accès à l'information juridique et médicale, vers la recherche de logement, les démarches administratives, etc. Ces missions sont entreprises en partenariat inter-associations et les institutions publiques. C'est le cas à Paris de Charité Maternelle – Sida Familles.

L'accompagnement de Charité Maternelle

Avec la collaboration de professionnels (médecin, psychologue, juriste, assistance sociale, art-thérapeute, éducatrice de jeunes enfants, auxiliaire de puériculture), l'association accueille, sans discrimination de sexe, de statut administratif, de pays d'origine, etc., les familles touchées par le VIH/Sida. Elle leur propose une écoute globale et un accompagnement dans la recherche de solutions aux difficultés qu'elles rencontrent.

Le premier accueil est axé sur l'identification des problèmes et l'explication détaillée de l'accompagnement que l'association propose. Une évaluation globale des difficultés de la personne accueillie est établie. A l'issue de cet entretien, une liste des besoins de la personne est faite. Les demandes qui se dégagent sont celles liées à la migration. Celles-ci sont rendues plus complexes en raison de l'infection au VIH/Sida.

La démarche de l'association s'articule autour de :

- l'accompagnement de la personne à la mise en œuvre d'un projet personnel ;
- la mise en réseau des familles pour des possibilités d'entraide ;
- le soutien des initiatives individuelles ou collectives ;
- la prise en considération de l'ensemble de la cellule familiale ;
- la valorisation de la relation Parents-Enfants ;

Charité Maternelle apporte des réponses au quotidien des familles : services divers, aides directes, accompagnement, espace de rencontre, espace d'information/prévention des MST. Ces activités sont mises en œuvre pour permettre aux familles de se ressourcer, de retrouver une confiance en elles et d'être soutenues. Il s'agit d'apporter souvent une réponse aux services suivants :

Des services aux familles

- Une crèche/halte garderie (12 places) ;
- Une permanence d'orientation logement ;
- Des permanences juridiques (accès au droit, régularisation, médiation, etc.).
- Une permanence médicale.

Des aides directes

- Un service de distribution de lait et de couches ;
- Une distribution de vêtements, de jouets et de petits équipements de puériculture ;
- Un soutien à la vie quotidienne par des tickets services.

Espace de rencontre, Accompagnement, Information/prévention des MST

L'association a mis en place, les activités suivantes, en plus des ateliers de cuisine et de couture :

Groupe de parole

Cette activité est animée par une psychologue (parfois avec l'appui du médecin), pour permettre aux familles de rencontrer d'autres parents, de tisser des liens et d'évoquer les difficultés liées à l'infection et de se soutenir mutuellement. L'intervention de la psychologue s'inscrit dans les échanges individuels ou collectifs pour favoriser l'émergence de la parole relative à la souffrance psychologique.

Atelier de bien-être (art-thérapie, relaxation, esthétique, etc.)

Les activités de bien-être qui sont proposées regroupent les ateliers d'esthétique, d'art-thérapie, de relaxation, etc. Elles cherchent à changer la perception négative que les femmes ont de leur corps et de leur image et à transformer leurs difficultés en une production positive. Prendre soin de soi est également une manière de se battre face à l'adversité. Vu de cette manière, l'art-thérapie, l'atelier d'esthétique, etc., sont un complément efficace au groupe de parole. C'est un processus de reconquête de ses propres capacités. Les femmes sont très demandeurs de ces activités.

Activités Parents-enfants

L'aménagement des espaces Parents-enfants facilite les relations au sein de la famille. En collaboration avec différents partenaires, avec le soutien de la DASS de Paris et dans le cadre d'un réseau d'écoute, l'association propose aux familles des moments de loisirs partagés entre parents et enfants ;

Permanence juridique

C'est une permanence d'accès au droit assurée par une juriste de droit d'urgence. Elle consiste à informer les personnes sur leurs droits, à les orienter vers les structures compétentes institutionnelles ou associatives. Les domaines les plus abordés sont :

- le droit des étrangers (demande de titre de séjour pour soins, de parent d'enfant français, de regroupement familial, d'asile politique et territorial, de naturalisation) ;
- le droit pénal (victime de violences, harcèlement, confiscation du passeport par le conjoint, etc.) ;
- procédure d'expulsion locative (orientation vers l'Espace solidarité Habitat, en matière de prévention des expulsions) ;
- le droit de la famille (reconnaissance d'un enfant naturel, adoption, divorce) ;
- le droit du travail.

Permanence d'orientation sociale

Assurée par une assistante sociale, la mission de la permanence sociale est l'accompagnement pour les démarches administratives et le logement en partenariat avec la Plate-forme Inter-associative pour le logement sida (PILS).

Pour accéder aux différentes activités les migrantes doivent venir à Charité Maternelle. Mais cela demande beaucoup de courage en raison de la peur d'être reconnue par un proche. Cette peur doit absolument être surmontée. Elle est un des obstacles qui retardent la prise en charge médicale et psychologique. Elle empêche une information objective sur le VIH/Sida et sur les moyens de prévention.

Conclusion

En France l'accès aux ARV est possible. Rester en France c'est l'assurance de suivre un traitement et donc de reculer l'horizon temporel de l'apparition de la maladie. Cependant, l'immigration ressemble à un parcours de combattant. Les immigrés résidant régulièrement en France doivent se battre pour faire valoir leurs droits. La condition de femmes, le VIH/Sida et ses conséquences sont des obstacles majeurs supplémentaires.

Le groupe social doit jouer un rôle fondamental dans l'accompagnement des migrantes africaines touchées par le VIH/Sida. Les intégrer dans le groupe social fait partie du processus pour permettre à la victime de retrouver sa dignité et le sens de sa propre valeur. C'est un élément déterminant pour la santé, pour le rétablissement psychosocial, un lieu d'échange, de soutien et de réconfort.

Les migrantes africaines touchées par le VIH/Sida ont besoin de la solidarité et de l'affection de tous.

BIBLIOGRAPHIE

- CHARITE MATERNELLE – SOL EN SI, 2004,
Rapport d'activité 2003, Paris.
- EUROHIV ET INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, 2003
HIV / AIDS, Surveillance in Europe, Rapport du 1er semestre 2003, n° 69
- HAOUR-KNIPE, M, 1999,
Migration et VIH/Sida en Europe, Organisation internationale pour les migrations, Genève, et
Institut de médecine préventive et sociale, Université de Lausanne, Suisse
- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, 2003,
VIH, sida et IST. Etat des lieux des données en 2003
- LERT, F. et OBADIA, O. et l'équipe de l'enquête VESPA, 2004,
Comment vit-on en France avec le VIH/sida ?, INED, Population et Sociétés, n° 406.
- MAMBOU-GNALI, A., 1968,
La femme africaine, un cas : la congolaise, Présence Africaine, n° 68, Paris, p. 20
- MATOKOT-MIANZENZA, S., 2003,
Viol des femmes dans les conflits armés et thérapies familiales. Cas du Congo Brazzaville,
L'Harmattan, Paris, p. 93.
- ONUSIDA et OMS, 2004
Le point sur l'épidémie de SIDA, Genève, 2004
- SAVIGNONI, A., LOT, F., PILLONEL, J. et LAPORTE, A., 1999,
Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France, Institut de Veille Sanitaire,
Paris.
- SECURITE SOCIALE, CETAF ET INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, 2005,
Estimation des taux de prévalence des anticorps anti-VHC et des marqueurs du virus de l'hépatite
B chez les assurés sociaux du régime général de France métropolitaine, 2003-2004,
Enquête réalisée en partenariat entre l'Institut de Veille Sanitaire, la Caisse Nationale de
l'Assurance Maladie et des Travailleurs Salariés, le Centre Technique d'Appui et de Formation
des Centres d'Examens de Santé et les Centres d'Examens de Santé
- UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE II,
Mise en valeur du fonds SIDA