

Sur le chemin de la reconnaissance

Les associations communautaires de migrants commencent à être considérées comme des acteurs à part entière de la lutte contre le sida. Les réticences à leur égard se manifestent cependant encore par la faiblesse de leurs moyens et le manque de partenariat entre elles et les associations traditionnelles.

J'ai créé l'African Positive Association (APA) en 2000, avec un petit groupe de proches – raconte son président Noël Ahebla. J'étais confronté à la détresse et à l'infinie solitude des patients africains que je voyais à l'hôpital et qui ne pouvaient s'exprimer à cause du tabou qui entoure le VIH/sida. J'avais eu aussi l'occasion de constater que la méconnaissance et le déni de la maladie étaient très forts dans la communauté africaine en France, avec laquelle les associations traditionnelles de lutte contre le sida ne parvenaient pas à entrer correctement en contact. » Face à l'échec des approches plus universalistes à atteindre les populations d'origines étrangères, tant en matière de prévention que de prise en charge, des associations communautaires de migrants originaires d'Afrique subsaharienne, mais aussi d'Haïti ou du Maghreb se sont saisies de la problématique du VIH/sida, principalement depuis le milieu des années 90. Avec l'espoir d'apporter des réponses plus adéquates et souvent aussi en appelant leur communauté à prendre ses responsabilités sur le sujet, plutôt que de laisser à d'autres le soin de s'en occuper.

Une diversité d'approches

Certaines associations ont été créées exclusivement autour du VIH/sida, par des personnes affectées de près ou de loin par la maladie (comme Ikambere, APA, Afrique Avenir, l'IFAFE – Initiative des femmes africaines de France et d'Europe –, l'AISFAS – association interculturelle de lutte contre le sida en France et en Afrique subsaharienne –, le comité des familles pour survivre au sida...). Dans les autres cas, des associations socioculturelles de migrants (telles l'URACA – Unité de réflexion et d'action des communautés africaines –, la FTCT – Fédération des Tunisiens pour une coopération des deux rives –, Migrations santé...) ont choisi d'ajouter à leurs activités diverses une mission sida. « Toutes ces structures ont pour point commun la nécessité d'adapter les messages de prévention, la vulnérabilité de leur public, et bien souvent leur précarité. Pour le reste, chacune s'est spécialisée sur des populations diverses et a développé ses propres modes d'action », note le D^r Alioune Blondin Diop, médecin hospitalier et président de Médecins d'Afrique. Son association, par exemple, s'adresse aux migrants vivant en





→ → → foyers : « C'est particulier, parce qu'il s'agit souvent des musulmans célibataires prônant l'abstinence et la fidélité, mais allant parfois aussi voir des prostituées ». Rien à voir avec Afrique Avenir, qui intervient surtout dans les lieux de sociabilité des personnes originaires d'Afrique centrale. « Nous avons cherché à combler un vide lorsque nous nous sommes créés : il n'y en avait que pour l'Afrique francophone », explique son président, Romain Mbiribindi. Quels points communs encore avec une association comme Ikambere – qui prend en charge des femmes africaines touchées par le VIH –, avec l'APA – association d'Africains séropositifs, dédiée à une prévention offensive et à l'accompagnement des personnes infectées –, ou avec l'URACA, association généraliste, accueillant surtout des migrants d'Afrique de l'Ouest et experte dans les représentations culturelles du VIH ? Une diversité qui fait la richesse de ce paysage associatif. « Toutes ces démarches n'ont pas abouti à des résultats significatifs pour infléchir les données épidémiologiques concernant les migrants infectés par le VIH/sida, mais des méthodologies d'approche sont nées », estimait en 2004 le D' Abdon Goudjo, alors responsable du pôle migrant du CRIPS (1).

ces dernières années la nécessité d'une approche spécifique de ces populations, dans laquelle les associations communautaires ont commencé à apparaître comme des alliés. En 2000, la Direction générale de la santé (DGS) accepte ainsi de financer, sur proposition du CRIPS et d'Arcat, une formation de médiateurs en santé publique, destinée à renforcer les capacités des associations communautaires en matière de santé (2). De même, dès 2001, les plans nationaux de lutte contre le sida intègrent des objectifs spécifiques aux migrants, tandis que le programme national de lutte contre le sida 2004-2006 en direction de ces derniers énonce une « stratégie à double niveau » : agir en direction des migrants en tant que composante de la société française et en tant que groupes spécifiques de cette même société. Ce deuxième axe mentionne noir sur blanc l'importance de solliciter des associations communautaires. Dans ce même esprit de collaboration, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) lance fin 2002 sa première campagne média en direction des migrants et a, depuis peu, recours aux associations communautaires comme experts de ce public.

En 2000, la DGS accepte ainsi de financer une formation de médiateurs en santé publique, destinée à renforcer les capacités des associations communautaires en matière de santé.



Photo : iStockphoto.

Une ouverture politique

« Ces associations sont pour nous des acteurs essentiels car elles ont le contact avec les communautés et connaissent leurs représentations », analyse Christine Barbier, médecin inspecteur de santé publique à la DRASS Ile-de-France. La triste réalité des données épidémiologique concernant les migrants vivant en France, et spécifiquement ceux originaires d'Afrique subsaharienne, a conduit l'Etat à reconnaître

Des budgets insuffisants

Cette volonté d'impliquer les associations communautaires dans une démarche de santé publique a commencé à se traduire par des budgets. « Nous recevons davantage de soutien qu'il y a quatre ou cinq ans. Ce sont là des signes politiques positifs », reconnaît Romain Mbiribindi, avant d'ajouter que ce soutien n'est toutefois pas à la hauteur des besoins de son association. La situation semble assez géné-

rale, surtout pour les petites structures. « *Les grandes associations sont plus reconnues, les petites – généralement plus jeunes – le sont beaucoup moins. Les pouvoirs publics essaient de se donner bonne conscience en distribuant des petites sommes* », regrette le Docteur Aliouve Blondin Diop. Manque de salariés, problèmes de locaux, rareté des bénévoles du fait de la situation précaire des publics visés : les actions des associations sont souvent menées dans des conditions difficiles. Plusieurs dirigeants d'associations évoquent leur sentiment que les pouvoirs publics, s'ils sont plus présents qu'auparavant, préfèrent financer des associations traditionnelles de lutte contre le sida, même pour un projet migrant. « *Un certain nombre d'associations communautaires auraient besoin d'être davantage professionnalisées* », avance Christine Barbier. Mais avec peu de moyens financiers et humains, difficile de répondre aux exigences administratives : « *S'il me semble légitime d'être exigeant avec les associations communautaires, il faut quand même se rappeler qu'elles ont peu de moyens et que nous sommes dans une période où les budgets sont très serrés* », rétorque Romain Mbiribindi.

Quelle coordination ?

Outre l'octroi de moyens supplémentaires, une inscription efficace des associations communautaires dans la lutte contre le sida supposerait une coordination des actions locales et plus de synergies entre elles et les associations traditionnelles. En Ile-de-France, Christine Barbier souhaite mettre en place une telle dynamique, qui n'en est qu'à ses premiers pas. « *Nous essayons de repérer peu à peu les populations présentes sur le territoire, les associations qui s'adressent éventuellement à elles, les lieux où il n'y a pas d'associations et ceux où il existe des associations culturelles, mais pas axées sur la santé. Nous en sommes donc pour l'heure à une phase d'état des lieux plutôt que de coordination.* » L'idée serait ensuite d'agir pour combler les manques – les populations et territoires sans associations dédiées – et éviter les redondances. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, une démarche de programmation régionale de lutte contre le sida a débuté plus tôt qu'en région parisienne. Des comités de pilotage ont permis aux associations axées sur les migrants de parler de leurs modalités d'action. « *Un échange a eu lieu, chacun a pu dire ce qu'il faisait, mais on ne peut pas parler de coordination* – constate Gérard Coruble, médecin inspecteur de santé publique sur le pôle social à la DDASS des Bouches-

du-Rhône. *Nous en sommes, à mon sens, à financer des actions parce qu'elles nous semblent intéressantes et positives. Il se trouve que globalement, il y a une certaine complémentarité entre elles, bien qu'il arrive que plusieurs associations interviennent sur un même lieu.* »

En quête de respect

L'articulation entre les petites associations communautaires et les grosses associations traditionnelles demeure elle aussi insuffisante. Lors de la convention Sidaction 2005, Mamadou Diarra, responsable de l'accueil social, des médiations et de la prévention de l'association URACA, était monté à la tribune pour souligner que les associations communautaires africaines étaient marginalisées par « les grandes associations françaises ». Même son de cloche à l'APA, bien que les choses semblent évoluer dans le bon sens : « *On a ressenti jusqu'à récemment une certaine indifférence, voire une réticence des grandes structures à notre égard. On a dû la dénoncer, suite à quoi Aides a fini par faire appel à nous lors de ses Etats généraux des personnes migrantes, à la fin 2005. On travaille aussi avec le CRIPS et Act up. Ce n'est qu'un début, mais c'est déjà bien. Cette reconnaissance nous donne davantage confiance en nous-mêmes* », confie Noël Ahebla. Romain Mbiribindi estime pour sa part que le travail partenarial se heurte parfois à des attitudes qu'il qualifie de « *colonialistes* » de la part de certaines associations traditionnelles : « *Certaines associations communautaires acceptent d'agir comme si elles étaient là pour exécuter les objectifs conçus par d'autres associations, pour n'être qu'une main-d'œuvre* », regrette-t-il. Il plaide au contraire pour une relation égalitaire. A l'image sans doute de celle qui s'est établie entre des associations communautaires et certains hôpitaux, et qui a contribué à crédibiliser les premières. Le président d'Afrique Avenir se réjouit ainsi du « *partenariat horizontal et respectueux* » que l'association a instauré avec le CRIPS. « *On ne veut pas rester dans notre ghetto, mais travailler main dans la main avec d'autres pour recevoir d'eux ce qu'ils savent et leur donner ce que nous savons. Les grandes associations ont des compétences et nous aussi. La synergie, ça aboutit. Si chacun fait les choses dans son coin, ça ne mène personne nulle part.* » A bon entendeur, salut !

(1) Richesses et faiblesses du paysage associatif français, Abdon Goudjo, Transcriptases n° 114, février/mars 2004.

(2) Formation dispensée à l'Institut de médecine et d'épidémiologie africaines (IMEA), sous le titre de « Programme d'amélioration de l'accès aux soins et à la prévention avec les publics en situation de vulnérabilité ».



Richesses et ambiguïtés de la communauté



Photo : Shacéphoto.

Etre familier d'une communauté, en connaître les codes, les représentations, constitue la grande force des associations communautaires dans leur action de lutte contre le sida. Autant que leur principale faiblesse : comment recourir en effet à une communauté dont on craint le rejet et comment, si l'on y parvient, ne pas s'y enfermer ?

La prévention, ça se fait au cas par cas. On ne peut pas s'adresser à toute l'Afrique de la même manière, ne serait-ce que pour une question de langue. Même quand on parle en français aux Africains qui vivent en France, on se rend compte que chaque groupe a son français à lui. Il faut s'adapter à ces spécificités, tout comme il faut tenir compte des multiples subdivisions qui existent au sein d'une même communauté : pour intervenir dans l'une d'elles, il faut savoir s'adresser à des relais, qui pourront ensuite nous y introduire. » Romain Mbiribindi, président de l'association Afrique Avenir, décrit le travail de prévention auprès des migrants comme un jeu d'énigmes dont les associations communautaires sont bien placées pour trouver les clés. Ces associations s'adressent à des populations dont elles connaissent les codes et représentations, ou dont elles savent comment les obtenir. Cette proximité culturelle se double parfois d'une proximité géographique. « Les petites associa-

tions de quartier sont à même d'être très à l'écoute des habitants, parfois même d'avoir un ascendant psychologique sur eux, à la manière du phénomène des grands frères », explique le Docteur Alioune Blondin Diop, médecin hospitalier et président de Médecins d'Afrique. Car il s'agit bien de pouvoir entendre et être entendu.

Confiance ou pas

A l'inverse, la couleur de peau peut parfois empêcher la rencontre. « En Afrique, on dit que le sida est la maladie des Blancs, que ce sont eux qui nous l'ont apporté. Aussi, quand le Blanc arrive pour parler du sida, la réaction de l'Africain est de dire : pourquoi venez-vous nous voir ? Pourquoi pensez-vous qu'on a la maladie ? », explique Noël Ahebla, président de l'African positive association. Etre noir de peau ne facilite pas pour autant les choses, la peur que son diagnostic soit connu dans la communauté empêche les personnes de se tourner vers leurs pairs : « En tant que migrant moi-même, je suis parfois la dernière personne à qui on s'adresse car les personnes se disent : il est africain et s'il me croise dans le milieu africain, il est capable peut-être de divulguer ce que je vis », souligne Joseph Situ, chargé de prévention auprès des migrants à Aides Paca. Si les personnes migrantes n'ont pas confiance en leurs pairs, quelle peut bien être l'utilité d'une approche communautaire, surtout en matière de soutien et de prise en charge ? Il y a là un cruel paradoxe, puisque la communauté est à la fois le lieu de la proximité souhaitée par des malades souvent très isolés, et celui du rejet. La peur d'être reconnu et trahi par des compatriotes empêche dès lors certains migrants de bénéficier d'une convivialité communautaire qu'ils auraient pourtant souhaitée. Parfois, le recours à une association communautaire non étiquetée sida sera moins difficile d'accès qu'une association de personnes infectées. Mais le scénario inverse se rencontre aussi. Nicole Tsagué et Sandrine Lamboni, médiatrices en santé publique à l'APA, vont rendre visite aux malades qui acceptent de les rencontrer, dans plusieurs hôpitaux : « Ils sont heureux de savoir qu'ils ne sont pas seuls. Il arrive souvent qu'ils nous reçoivent avec une certaine frénésie. Certains se lèvent et nous disent spontanément : je suis untel et

je suis séropositif. Ils peuvent s'identifier à nous ; on voit dans leurs yeux que ça les encourage ». Parce que chacun est lié par le même secret, la peur de la discrimination peut donc parfois être mise de côté. Plus encore, à l'association APA, les intervenants en prévention revendiquent leur séropositivité : « Beaucoup de migrants originaires d'Afrique nient l'existence du sida parce qu'ils n'ont jamais vu d'Africains malades. Notre présence, en tant qu'Africains séropositifs, donne soudain une visibilité à la maladie. » Et sur ce terrain-là, nul ne peut les remplacer.

Risque d'enfermement

Lorsque les migrants parviennent à trouver une réponse au sein des associations communautaires, le soutien obtenu est-il pour autant toujours bénéfique ? « Certaines personnes nouvellement arrivées en France ont besoin, surtout suite à l'annonce de leur séropositivité, d'un lieu d'accueil et d'écoute, car elles sont souvent perdues. Voir des personnes qui leur ressemblent, qui parlent avec des mots qu'elles comprennent, les aide au départ ; mais attention de ne pas les enfermer », met en garde Hortense N'galeu, responsable du site de Bobigny de l'association Sol en Si. « Se retrouver avec d'autres personnes qu'on n'aurait peut-être pas rencontrées dans leur pays d'origine et avec lesquelles on n'a rien d'autre en commun que la maladie peut être très angoissant », poursuit-elle. Pour Omar Hallouche, coordinateur du groupe migrants à l'ALS, association de Lutte contre le sida de Lyon, « les associations communautaires courent le risque d'isoler un peu plus des personnes qui sont, pour d'autres raisons, sociales, économiques, déjà isolées et confinées dans leur communauté ». Le danger d'enfermement est reconnu par les associations communautaires qui rejettent avec virulence le spectre du communautarisme. Chez certaines, comme Ikambéré, l'étiquette communautaire provoque la grimace. Si elle se reconnaît un passé d'association communautaire destinée aux femmes d'Afrique subsaharienne, Ikambéré revendique aujourd'hui son ouverture à toutes les femmes concernées par le VIH. « Le danger d'une association exclusivement communautaire est de se replier sur elle-même, de se scléroser », explique Aminata Sinon, coordinatrice des médiatrices de santé à Ikambéré. L'association a décidé d'ouvrir ses portes lorsque, dans les hôpitaux, elle a rencontré des femmes d'autres nationalités mais tout aussi isolées et désemparées face à la maladie. Impossible de les rejeter sous prétexte qu'elles ne faisaient pas partie de la « bonne » communauté !

Richesse de l'entre-deux

« Si certaines personnes sont parties de chez elle, ce n'est d'ailleurs pas forcément pour recréer une communauté traditionnelle ici. D'où leur refus d'être mises dans des cases, figées dans leur culture d'origine », souligne Hortense N'galeu. La culture d'un individu est mouvante et s'alimente sans cesse au contact de la communauté d'origine comme de la communauté d'accueil. « Les cultures africaines subissent de nombreuses influences en venant en France », constate Romain Mbiribindi. « Ces personnes ont conscience d'être à l'étranger, il ne faut pas les imaginer totalement enfermées dans leur culture », renchérit Nicole Tsagué. Face à cette donnée culturelle en mouvement, le danger serait de plaquer des clichés sur les personnes, de coller des étiquettes. Un risque facile à écarter, dès lors que la personne est acceptée dans sa singularité et que l'association reste ouverte aux autres, selon Mamadou Diarra, responsable de l'accueil social, des médiations et de la prévention à l'URACA. « Servir de passerelle entre les deux identités, être ce lieu métis qui réconcilie » : c'est ainsi qu'Alexis Saki, président de l'URACA, décrivait son association lors du vingtième anniversaire de sa création, en décembre 2005. L'association communautaire doit être un lieu de passage, « un endroit où l'on explique aux personnes les dispositifs qui existent au-delà de l'association », ajoute Hortense N'galeu. Certains estiment que, face à ces questionnements, la possible réponse est dans l'alliance des associations classiques et des approches communautaires. « Dans mon travail, ce n'est pas ma culture algérienne qui m'aide, c'est ma double culture, mon entre-deux et celui de mes collègues, témoigne Omar Hallouche. Nous sommes capables de travailler à partir des normes du praticien, de l'infirmière, de l'assistante sociale, de l'acteur local du pays d'accueil et de celles des résidents. » Associations communautaires, approche communautaire dans les associations classiques, les expérimentations sont riches, multiples. Mais l'objectif doit rester le même : accueillir la personne dans sa différence sans l'y enfermer. ■

« Les associations communautaires courent le risque d'isoler un peu plus des personnes qui sont déjà isolées et confinées dans leur communauté. »
Omar Hallouche



Quand l'hôpital s'allie aux associations communautaires

Ce patient rigole tout le temps, je ne le comprends pas, il a l'air de ne rien comprendre non plus, il m'énerve. » Jacqueline Faure, psychologue au service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital Tenon (1), rapporte les propos de ce médecin pour qui les rires incessants de son interlocuteur relevaient de la bêtise. « Nous avons alors organisé une rencontre avec un médiateur de l'association Uraca au cours duquel le médecin a vu son patient sous un autre jour. Il l'a écouté parler de ses ressentis, de ses douleurs, de sa situation difficile en France. Il a compris que son rire n'était pas un signe d'insouciance mais de pleine détresse. » Cette écoute était-elle impossible sans médiateur ? Peut-être pas, mais le cadre de la médiation a permis au médecin de sortir de son champ strictement médical, le médiateur a pu l'informer sur la réalité des personnes migrantes en France et surtout le malade a eu la possibilité de s'exprimer dans sa langue maternelle.

Lever les incompréhensions

Lorsque Jacqueline Faure est entrée pour la première fois en contact avec une association communautaire, c'était également pour chercher une solution face à une jeune femme africaine mutique, très isolée et déprimée : « Je n'arrivais pas à débloquer la situation ». Elle découvre l'association communautaire Uraca sur laquelle elle s'appuie dorénavant régulièrement face à des situations particulières, « principalement lorsque la communication est bloquée ». Ces incompréhensions peuvent avoir des conséquences graves. Aminata Sinon, coordinatrice des médiatrices à l'association Ikambéré, se souvient d'un monsieur dont le traitement, après un mois de suivi, ne donnait aucun résultat. « Une médiatrice est allée à la consultation médicale et s'est aperçue que le patient faisait le contraire de ce qu'on lui avait expliqué. Pourtant, lorsque le médecin lui demandait s'il avait compris, il répondait : oui, docteur car il n'aurait jamais osé dire qu'il ne parlait pas assez bien le français. » Pouvoir s'expliquer dans sa langue avec la médiatrice et comprendre l'ordonnance ont permis de rétablir la prise en charge. Des incompréhensions qui peuvent également envenimer les relations avec l'équipe soignante. Mamadou Diarra, responsable de l'accueil social, des médiations et de la prévention, à Uraca, rapporte l'his-

Les associations communautaires entrent de plus en plus souvent à l'hôpital. Elles proposent un soutien communautaire sous la forme de plats africains ou de visites aux malades et des médiations entre les soignants et le patient. Une approche qui questionne la prise en charge des migrants mais plus largement celle de toute personne hospitalisée.

toire de ce patient qui refusait de prendre ses comprimés parce que l'infirmière ne lui avait pas dit bonjour en les déposant dans sa chambre. « L'homme avait un certain âge et dans son pays, ne pas saluer les anciens est une insulte. Or, cette jeune infirmière était entrée et lui avait tendu ses comprimés sans un mot. » Au médiateur, ensuite, d'expliquer la raison de la colère du malade à l'infirmière, mais aussi le rythme de travail effréné d'une infirmière au patient. Ce travail d'intermédiaire n'est évidemment possible que si le patient accepte l'intervention de l'association.

Restaurer la confiance

Car l'approche communautaire n'est valable qu'au cas par cas ; hors de question, par exemple, de distribuer des repas africains à tous les Africains hospitalisés dans le service. Le médecin ou l'infirmière sont souvent les premiers à proposer à un patient, au regard de sa situation bien particulière, un soutien communautaire qui peut prendre la forme d'un plat africain mais également d'une simple visite ou d'une médiation. « Nous ne le proposons pas systématiquement à tous les Africains hospitalisés, tous n'en ont d'ailleurs pas besoin ! », souligne Jacqueline Faure. A la personne ensuite d'accepter ou non. Beaucoup de patients migrants refusent tout contact avec la communauté africaine « par peur d'être reconnu et que leur diagnostic soit divulgué dans la communauté », explique Caroline Lascoux-Combe, médecin au service de médecine interne de l'hôpital Saint-Louis (2). L'association Ikambéré assure surmonter ces peurs : « Nous expliquons au patient que nous sommes tenus par

le secret médical, explique Aminata Sinon, que nous avons signé une convention avec l'hôpital et que nous sommes pénalement responsables comme n'importe quel autre soignant ». Olivier Bouchaud, chef du service des maladies infectieuses et tropicales de l'hôpital d'Avicenne (3), estime qu'ouvrir les portes de l'hôpital aux associations communautaires instaure, plutôt que de la méfiance, un climat de confiance dans le service. Cela permet de signifier au patient qu'il est accepté tel qu'il est. Toutefois, la collaboration avec les associations communautaires doit être clairement construite afin de ne pas produire l'inverse du but recherché. « Au départ de notre collaboration avec une association communautaire, raconte Olivier Bouchaud, nous avons eu un problème car, partant d'un bon sentiment, l'association avait demandé aux infirmières présentes quelles étaient les personnes séropositives hospitalisées et avait déboulé dans la chambre d'une patiente africaine sans que celle-ci ait été prévenue. Elle venait d'apprendre sa séropositivité. Elle a été extrêmement choquée de voir entrer des personnes inconnues d'elle et informées de son statut sérologique. Il nous a fallu du temps pour recoller les morceaux et depuis nous avons deux infirmières référents pour les associatifs. »

S'enrichir de l'autre

Au-delà de ces mises au point initiales, les médecins qui ont recours aux associations communautaires reconnaissent volontiers que leurs pratiques en ont été enrichies. Pourtant, beaucoup de médecins restent méfiants. « L'approche communautaire dans la prise en charge est souvent mal perçue par les médecins, explique M. Bouchaud. A l'extrême, on rencontre des nihilistes qui prennent de la même manière tous les malades. Ils se construisent un modèle du "bon patient" qui a une maladie simple, ne pose pas de questions, prend ses traitements comme il faut, est poli avec l'infirmière... Bref, un patient qui n'existe pas dans la vraie vie ». A l'inverse, certains, moins nombreux, selon M. Bouchaud, ont tendance à tout mettre sur le dos de l'incompréhension culturelle pour éviter de faire face aux situations sociales, administratives et économiques parfois dramatiques de leurs patients. Au centre, des soignants parfois désarmés : « Je le dis très honnêtement, un médecin hospitalier quel qu'il soit ne peut pas, tout d'un coup, se prévaloir de capacités en matière de médecine transculturelle, remarque le professeur Denis Lacoste de l'hôpital de Bordeaux (4). Nous avons besoin du monde associatif pour que ces

hommes et ces femmes puissent exprimer, hors d'une consultation médicale où le temps est malheureusement compté, toutes leurs difficultés. A nous, médecins, d'accepter une autre culture de l'hôpital, une culture ouverte vers l'extérieur, vers le monde associatif ». Cette délégation de pouvoirs reste cependant difficile et certains médecins préfèrent ignorer les différences culturelles plutôt que de s'avouer en échec. Une attitude dangereuse, selon M^{me} Lascoux : « Vous êtes obligés de faire avec les croyances traditionnelles. Je préfère dire aux personnes que je peux entendre qu'elles se soignent autrement car j'évite ainsi des situations périlleuses comme un patient qui part en Afrique avec un cathéter encore en place, risquant ainsi une infection, pour aller voir un marabout. Je préfère être au courant de son projet de voyage pour mieux l'organiser. Or, si le patient sent que vous ne reconnaissez que votre médecine et ne voulez rien entendre d'autre, ils ne vont pas vous en informer. Je n'adhère pas forcément à ces pratiques traditionnelles mais je pense qu'il faut pouvoir les entendre et les accompagner ». M^{me} Lascoux-Combe a appris à reconnaître cette dimension grâce à la collaboration avec l'association Uraca. Certains médecins sont dorénavant capables de mieux s'orienter face à leurs patients et intègrent dans leur pratique des signes de reconnaissance de l'acceptation des différences de l'autre. M. Bouchaud affirme débiter une première consultation avec un patient africain en s'intéressant à son ethnie d'origine ou en la devinant : « J'installe ainsi une petite complicité ». Montrer au malade qu'il est accepté avec ses particularités ne demande pas d'énormes efforts anthropologiques, assure-t-il. Des petits signes suffisent à « sceller l'alliance thérapeutique dont dépend la bonne relation patient-médecin et lorsque la confiance est acquise, cette alliance, d'après ma propre expérience, est en béton ». Cette démarche, selon lui, n'a rien de spécifique aux migrants mais est applicable à tous les patients. « Chaque personne est unique et le médecin doit aller vers l'autre avec la même curiosité et la même ouverture d'esprit, quel qu'il soit. » Finalement, pour M^{me} Lascoux, la collaboration avec les associations communautaires est une « leçon d'humanité » dont devraient bénéficier tous les patients. Est-ce que, une fois encore, face aux questions posées par la prise en charge hospitalière des migrants touchés par le VIH, l'épidémie jouera son rôle de « réformateur social » ? ■

Marianne Langlet

(1) Ce service collabore avec les associations communautaires Uraca, Ikambéré, APA.

(2) Ce service collabore avec l'association communautaire Uraca.

(3) Ce service collabore avec les associations communautaires Femmes médiatrices, Afrique partenaires services, Ikambéré.

(4) « Père, mère, enfant et VIH », « Ethique et sida », XI^e assises de la Société française de lutte contre le sida, Saint-Malo, 6-7 octobre 2005.