

La prévention du SIDA auprès de la population d'origine maghrébine

Action pilote auprès d'un foyer de résidents à Grenoble

Jalil LEMSEFFER *

Pour faire passer le message de prévention du SIDA auprès de la population adulte d'origine maghrébine, il est nécessaire de tenir compte des données culturelles et religieuses de cette population et de mobiliser autant les instances morales locales, les médecins traitants, que les médiateurs culturels. Une action exemplaire au foyer de l'ODTI à Grenoble.

L'action menée (1) en 1993-94 part d'un certain nombre de constats épidémiologiques, sociologiques et socio-culturels.

Cette prévention au VIH génère une prise en charge élargie à une santé communautaire.

Données épidémiologiques au Maghreb (2)

	MAROC	TUNISIE	ALGERIE
Déclaration de séropositivité	non	obligatoire	recensée
Nombre zéro > 0	?	300	350
Cas cumulé sida	156	195	131
Sex-ratio	7 H pour 3 F	8 H pour 2 F	3 H pour 1 F
Modes de transmission			
Hétérosexuelle	48 %	80 %	20 %
Homosexuelle	15 %	?	?
Multirisque	8 %	?	?
Toxicomanie	12 %	(voir note 2)	(voir note 2)
Transfusion	7 %	importante	importante
Materno-fœtale	5 %	?	?
Inconnu	5 %	-	-
Age : fréquence majoritaire	?	20-40 ans	20-40 ans

Le dénominateur commun aux trois pays du Maghreb reste la sous-évaluation de sa contamination au VIH.

Plusieurs causes à cette situation : d'abord le retard important de la déclaration vis les faibles moyens des structures de Santé Publique, ainsi que la méconnaissance du nombre de Sida avérés par manque de plateau technique et de soins adéquats. Mais il faut aussi prendre en compte les considérations culturelles et

religieuses, ainsi que les freins socio-politiques et l'importance donnée à l'image de marque du pays.

Malgré ce reflet biaisé de la réalité épidémiologique, le Maroc et la Tunisie se mobilisent depuis des années à travers les associations et le Ministère pour contrer la progression de l'épidémie.

Une inquiétude manifeste des responsables de la prévention aux MST-VIH

dénonce le risque d'une dérive qui amènerait le Maghreb vers ce que connaît l'Inde et la Thaïlande aujourd'hui.

La toxicomanie "importée", l'homosexualité honnie et le tourisme sexuel se rajoutant à la prostitution hétérosexuelle locale peuvent déboucher sur une situation catastrophique. Pour cela, il est urgent de mettre une courroie de prévention entre l'Europe, la France et le Maghreb.

En France

Pour des raisons évidentes et complexes à la fois, on ne dispose pas de chiffres relatifs à la contamination de la population d'origine maghrébine. Le BEH (3), pour la surveillance du SIDA en France, tente d'évaluer provisoirement le nombre de partenaires/patients originaires des Caraïbes, d'Afrique. C'est dire le manque de données statistiques sur la population d'origine étrangère. On ne peut que se réjouir de ce constat car il évite le stigmate sur telle ou telle communauté...

En tout cas, on parle des tendances qui se dégagent :

- la population d'origine maghrébine n'est pas plus touchée par le VIH que le reste des "français".

- parmi les patients contaminés par toxicomanie intraveineuse, une récente et légère sur-représentation des jeunes adultes de parents d'origine maghrébine.

- les adultes "célibatairisés" (femme restée au pays) ont une vie sexuelle à travers des rapports occasionnels avec des prostituées.

Notre action s'est orientée vers ces célibataires forcés, résidents en foyer. Nous étudions comment ils vivent l'épidémie SIDA en terre "d'Hégire" (immigration) et quelle place ils laissent à la sexualité au moindre risque ?

Les immigrés arabo-musulmans maghrébins s'interrogent sur cette maladie par rapport à leurs enfants, à eux-mêmes. Comment l'Occident et la science n'ont pu vaincre le SIDA ? Les "incroyants" ("el Kafirine") ont peut-être trouvé leur maître.

Or, il se trouve aujourd'hui que le

SIDA commence à gagner du terrain dans la communauté, aussi bien au Maghreb qu'en Europe.

L'équilibre corps-esprit est inscrit dans la vie du croyant musulman. En Occident, la réalisation d'une certaine liberté sexuelle est à portée de main. En terre d'"el ghorba" (éloignement et tristesse), l'immigré maghrébin cherche une compensation affective, une relation sexuelle sans culpabilité excessive. Il est vrai qu'en Islam, la sexualité doit être légitime (mariage). Mais quand cette liberté sexuelle devient entachée d'une maladie mortelle ? Alors le licite et l'illicite reprennent le dessus. Le pur et l'impur fondant l'interdit, le commerce avec les femmes rejoint "Iblis" (le diable).

Pour "revenir à Dieu", l'adulte d'origine maghrébine peut choisir fidélité et abstinence, pour ne pas troubler l'ordre sacré et social, à savoir apporter cette calamité à sa famille, à lui, à ses enfants. Il peut aussi se jeter corps et âme sans contrainte individuelle et sacrifier famille, foi et salut. Il risque alors d'être accusé de ramener la mort dans le pays d'origine.

Comment faire passer un message de prévention dans cette dynamique intrapsychique et communautaire ?

Il est nécessaire de tenir compte de ces données religieuses, de l'appréhension du corps et de la maladie chez le migrant,

mais aussi de l'introduction du préservatif dans sa vie génitale, de ses connaissances et préjugés quant à la contamination au VIH et du degré de sa responsabilité individuelle et collective (en France et au Maghreb). La liste non exhaustive de ces vecteurs peut aider à cibler des actions de prévention d'un public vulnérable.



Prévention du SIDA dans un foyer à Grenoble

Une sensibilisation au VIH s'adresse à une partie de l'équipe de l'ODTI. Nous constatons que pour les résidents, le préservatif est entaché d'un lourd passif de préjugés et d'ignorance (4). Le personnel du foyer où se déroule l'action de prévention se mobilise. Des préservatifs et des brochures arabe-français sont mis à la disposition des résidents. Des affiches en couleur de l'AFLS (5) sont mises dans le hall d'entrée. Elles préparent la campagne en suscitant des questions avant la séance d'information auprès des adultes d'ori-

gine maghrébine de la première génération.

Pour engager cette action, nous demandons aux membres de la "salle de prière" du foyer leur caution morale et religieuse. Nous leur exposons le contenu des outils prévu pour cette prévention. Leur collaboration dépasse nos attentes. En effet, ils encouragent et "recrutent" les hommes à participer et à bénéficier de l'information. Nous sollicitons aussi le médecin du Centre de Santé qui les connaît depuis longtemps, sur le quartier, pour qu'il assiste aux séances : sa présence assoit la confiance des participants dans le bien-fondé de cette prévention sanitaire et du rapport à la souffrance générée par le VIH. Enfin, nous demandons à un conteur de l'ODTI d'origine maghrébine de co-animer l'action.

Les responsables de l'ODTI suivent cette campagne avec intérêt et la soutiennent au niveau logistique. Nous faisons passer un message de prévention en respectant les limites de la sacralité d'Allah, la pudeur sexuelle de ces adultes isolés, ainsi que l'angoisse suscitée par le fléau SIDA.

Les effets induits sont nombreux : ces hommes souhaitent avec inquiétude connaître leur statut sérologique pour faire le point sur leur passé sexuel. Une liste d'organismes et de Centres agréés avec leurs coordonnées sont traduites en arabe. Elles sont alors mises à leur disposition. De son côté, l'ODTI installe un distributeur de préservatifs et l'inaugure le 1er Décembre 1994. Puis vient une demande de la part de la salle de prière qui désire une prise en charge sanitaire de ses pratiquants, en matière de vaccinations (hépatites, tuberculose, autres maladies infectieuses...). Les "chibani" (vieux), eux, veulent s'investir de la mission d'alerter les adolescents de la 2ème ou 3ème génération en France, et de leur progéniture restée au pays.

Le bilan pour améliorer la prévention en milieu migrant nous encourage à l'élargir à d'autres sites. Au vu de ces retombées, une étude prospective est menée (6) jusqu'à la fin 1994 auprès des unités de gestion de la Sonacotra. En 1995, le projet est d'adapter les conclusions et manques

de l'expérience menée à l'ODTI auprès des autres foyers d'hébergement.

Nos objectifs dans la lutte contre la propagation du VIH

- Continuer à "déciller les yeux" des habitants migrants, en majorité d'origine maghrébine, et âgée entre 40 et 60 ans.

- Donner envie aux autres communautés, africaine, DOM-TOM, turque... de s'investir dans cette prévention. Pour ce faire, les leaders naturels sont un relais incontournable.

- Améliorer et créer de nouveaux outils de prévention profilés à chacun de ces publics.

- Engager plus avant les pouvoirs publics et décisionnaires en direction de ces franges de la population française. ■

** Psychologue*

(1) Financement ODPS (Office Départemental de Prévention du SIDA) et ODTI (Office Dauphinois des Travailleurs Immigrés).

(2) Source : 11ème Conférence Maghrébine sur le SIDA, 1993

Pour ce qui est du mode de transmission "Toxicomanie" en Algérie et Tunisie : en majorité d'origine étrangère, par retour forcé ou volontaire au pays.

(3) BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, réactualise ses chiffres tous les semestres.

(4) Cf. Rapport Final, Juin 1994.

(5) Agence Française de Lutte contre le SIDA (rattachée aujourd'hui à la DGS, Délégation Générale à la Santé)

(6) Concertation entre l'ODPS, l'ODTI et le directeur des Sonacotra de Grenoble et ses proches banlieues.