



LES MIGRANTS

Point focal : Siréas

L'analyse de situation pour le public des migrants est à mettre en relation avec d'autres analyses de situations avec lesquelles elle partage des problématiques communes, en particulier pour les publics :

- Population générale
- Enfants et jeunes
- Personnes séropositives
- Hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH)
- Prostituées féminines
- Prostitués masculins

Ce cahier synthétise les principaux éléments de la problématique posée par la prévention des IST/Sida en Communauté française pour le public cible des migrants. Ces éléments sont complémentaires de ceux présentés dans le cahier général (cahier 0).

Ce cahier comprend les parties suivantes :

- des données épidémiologiques et sociales relatives au VIH/Sida, aux autres IST et aux conditions de vie pour le public migrant ;
- une synthèse de l'analyse de situation systémique relative à ce public ;
- un tableau exhaustif décrivant le public cible et les acteurs, services et milieux de vie spécifiques et généralistes recensés à travers l'analyse de situation et expliquant pour chacun le lien avec la problématique ;
- un rappel des objectifs opérationnels définis pour ce public cible pour la période 2007-2008 par le secteur de la prévention IST/Sida ;
- les sources bibliographiques qui ont permis la rédaction du cahier.

LA PROBLÉMATIQUE EN QUELQUES MOTS

Le public migrant est un public hétérogène, notamment sur les plans de la trajectoire, de la durée de séjour, du statut administratif (illégalité ou non) et de l'origine. Il est caractérisé par une incidence* et une prévalence* élevées du VIH, par un accès tardif au dépistage et par un accès difficile aux soins, à l'aide sociale et à la prévention. Il cumule diverses vulnérabilités*, dues entre autres au dispositif d'accueil des étrangers (notamment en matière de santé et de VIH), aux discriminations internes aux communautés de vie, au racisme en population générale et aux difficultés d'intégration dans un contexte culturel nouveau.

* Les termes et expressions marqués d'un astérisque sont définis dans le lexique commun se trouvant dans le cahier 0 et sur le site www.strategiesconcertees.be

Coordination du processus et appui méthodologique

Vladimir Martens (Observatoire du sida et des sexualités - FUSL)
Florence Parent (SIPES - ULB)
Comité de pilotage et d'appui méthodologique (CPAM)



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique

Rédaction

Vladimir Martens

Comité de lecture

Frédéric Arends
Cécile Béduvé
Alain Cherbonnier
Cécile Cheront
Jacqueline Colin
Ann Defraye
Geneviève Georges
Marielle Houbiers
Fabien Jacques
Maureen Louhenapessy
Thierry Martin
Florence Parent
Bénédicte Rusingizandekwe
Mary Stevens
André Sasse
Françoise Uurlings
Catherine Van Huyck

Le contenu de ce document peut être librement reproduit en mentionnant la référence : Martens V., Parent F. et les acteurs de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Stratégies concertées de la prévention des IST/Sida en Communauté française. Une analyse commune pour l'action. Bruxelles, Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Décembre 2009.

Contact

Vladimir Martens
Observatoire du sida et des sexualités
martens@fusl.ac.be
02/ 211 79 10

Site

www.strategiesconcertees.be

4.1 DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET SOCIALES

Infection au VIH en Belgique parmi les personnes non belges

L'évolution de l'incidence* du VIH parmi les personnes non belges depuis la fin des années nonante suit la même tendance à la hausse que les données d'incidence* générale jusqu'en 2003 (voir figure 1). Alors que l'on comptait 262 nouveaux cas en 1997, l'incidence* a régulièrement augmenté pour atteindre 533 cas en 2003 (soit plus du double par rapport à 1997). Une diminution est observée les années suivantes, jusqu'en 2007 où la courbe semble recommencer à augmenter, tout en se maintenant à moins de 500 cas (Sasse et al., 2008).

Parmi les personnes infectées depuis le début de l'épidémie en Belgique, 9284 ont une nationalité autre que belge, soit 60 % de l'ensemble des cas pour lesquels la nationalité est connue (n=15573). Pour la période 2005-2007, l'origine des personnes non belges diagnostiquées était (Sasse et al., 2008) :

- Afrique subsaharienne : 70 % (pays les plus représentés : Congo, Cameroun, Rwanda).
- Europe : 18 % (pays les plus représentés : Pays-Bas, France, Espagne, Portugal).
- Afrique du Nord : 2 % (pays le plus représenté : Maroc).

Le mode de transmission prédominant est constitué par les contacts hétérosexuels qui représentent 64,5 % des cas ; viennent ensuite les contacts homo-/bisexuels (10,7 %). L'injection de drogues par voie intraveineuse concerne 0,4 % des cas. En termes d'évolution des modes de transmission, on constate :

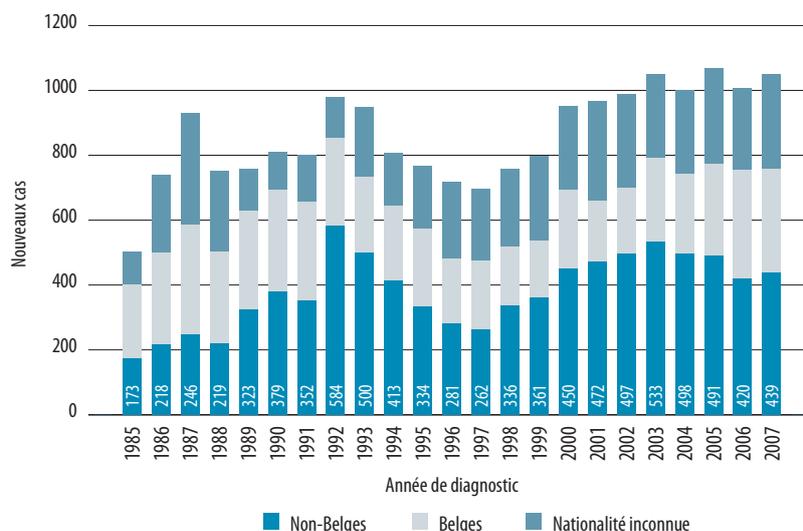
- une diminution des infections liées à l'usage de drogues par voie intraveineuse depuis la fin des années nonante ;
- une légère diminution de la proportion d'infections par contacts hétérosexuels depuis 2004 ;
- une augmentation de la proportion d'infections par contacts homo-/bisexuels depuis 2005 ;
- une diminution des cas de transmission verticale* à partir de 2004 puis une augmentation en 2007.

Le nombre d'hommes infectés est quasiment équivalent au nombre de femmes (le sex-ratio est de 1,0). Le groupe d'âge le plus touché est celui des 35-39 ans chez les hommes et celui des 30-34 ans chez les femmes (années 2005-2007).

Les données de prévalence* sont rares. La prévalence* du VIH parmi les demandeurs de test non belges dans les centres de dépistage spécialisés en Communauté française était de 2,4 % en 2007 (Favresse, 2007).

Figure 1

Evolution de l'incidence* du VIH par année et proportion d'infections chez les personnes belges et non belges (Source : ISSP 2008)



Données concernant les migrants séropositifs suivis médicalement en Belgique

En 2007, sur les 9351 patients suivis médicalement en Belgique, 41 % étaient originaires d'un autre pays que la Belgique ; 31 % de l'ensemble des patients provenaient d'un pays d'Afrique subsaharienne (Sasse et al., 2008).

Sur les 3892 cas de Sida notifiés entre 1983 et 2008, 53 % (n=2070) avaient une nationalité autre que belge et provenaient majoritairement d'Afrique subsaharienne. Soixante-trois pour cent des malades non belges résidaient en Région bruxelloise au moment du diagnostic et environ 18 % dans chacune des deux autres Régions. A la fin de l'année 2007, 837 malades du Sida non belges étaient encore en vie et suivis médicalement.

Evolution de l'infection au VIH pour les personnes migrantes en Europe

Au niveau européen, dans les pays de l'Union/EFTA¹, parmi les contaminations par voie hétérosexuelle, la proportion de cas originaires de pays avec épidémies généralisées a varié entre 38 et 41 % entre 2003 et 2007 (ECDC/WHO, 2008).

Données concernant les autres IST parmi les personnes non belges

Parmi les patients diagnostiqués pour une IST autre que le VIH en 2008, 22 % étaient d'une nationalité autre que belge (Defraye et al., 2009).

Parmi les demandeurs de test VIH dans les centres de dépistage VIH spécialisés, les étrangers sont 5,3 % à déclarer avoir contracté une IST dans les douze derniers mois (contre 2,8 % parmi les demandeurs belges). Ils sont 15,5 % à déclarer avoir contracté une IST au cours de la vie (contre 12,5 % parmi les Belges) (Favresse, 2007).

Données concernant les conditions de vie des migrants

La catégorie de population envisagée sous l'intitulé «migrants» est très vaste et les profils sociologiques auxquels elle renvoie sont très diversifiés en termes d'origines géographique et sociale, d'ancienneté sur le territoire belge, de ressources socio-économiques et de statut de séjour notamment.

Les intervenants insistent sur deux constats qui guident leur réflexion et leur action. Premièrement, les personnes migrantes ont généralement un accès moindre à la prévention et aux soins en comparaison des Belges. Deuxièmement, certaines catégories de migrants sont davantage vulnérables et doivent faire l'objet d'une attention particulière : ce sont essentiellement les primo-arrivants et les personnes sans titre de séjour, mais d'autres paramètres sont également pris en compte, comme celui du genre* ou de la culture. La notion de vulnérabilité* est complexe et guide à la fois la définition des problématiques et la mise en place des interventions. Parmi les nombreux indicateurs de vulnérabilité* permettant de caractériser les conditions de vie de la population étrangère en général, les intervenants ont retenu la précarité, l'illettrisme et le racisme.

En ce qui concerne la précarité, on peut citer le taux de chômage qui s'élève à 23 % parmi les étrangers. Il est le plus élevé chez les Congolais et les Algériens (SPF Economie, 2008). Les ouvriers représentent 53 % des actifs et le taux d'activité féminine est de 38 %. Rappelons par ailleurs que 30 % des personnes originaires d'un pays hors de l'Union européenne vivent sous le seuil de pauvreté (Direction Générale Emploi et marché du travail, 2008). Les étrangers en séjour irrégulier vivent dans des conditions particulièrement difficiles : une enquête menée parmi un échantillon (n=202) non représentatif de cette population montre que 54,5 % déclarent bénéficier d'un logement fixe, 35,5 % d'un logement précaire et 9 % se disent sans logement. Une minorité (40 %) déclare exercer une activité professionnelle. Quarante pour cent ont reçu un ordre de quitter le territoire (Chauvin et al., 2007).

L'illettrisme a des conséquences directes et importantes sur l'état de santé des personnes et sur leurs possibilités d'accès aux soins. Selon une enquête réalisée par l'association Lire et Ecrire (2006), sur 14739 apprenants en 2005-2006, 76 % étaient de nationalité étrangère, avec dans les 24 % restants une grande proportion de Belges d'origine étrangère. Dix-neuf pour cent des apprenants étrangers étaient des réfugiés ou des demandeurs d'asile.

Les migrants subissent des discriminations et des attitudes et comportements racistes dans différents domaines : emploi, logement, soins, vie quotidienne. Le racisme peut se cumuler avec d'autres motifs de discrimination : usage de drogues, orientation sexuelle et état de santé notamment.

1 Il s'agit des Etats membres de l'Union européenne au 1^{er} janvier 2007 (27 pays), auxquels s'ajoutent trois pays de la European Free Trade Association (Norvège, Islande, Suisse).

4.2 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DE SITUATION

Sur la base du diagnostic épidémiologique et social présenté au point 4.1, le diagnostic comportemental a été construit en identifiant les comportements du public cible d'une part et ceux des acteurs, services et milieux de vie généralistes et spécifiques en lien avec ce public cible d'autre part. Les déterminants éducationnels, environnementaux et institutionnels de ces différents comportements ont ensuite été recherchés et classés. La synthèse ci-dessous reprend les éléments-clés de cette analyse en tentant de mettre en évidence les principaux acteurs et leurs interactions.

PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

Pour réaliser une analyse de situation, les participants, lors de la construction du diagnostic comportemental, formulent les comportements des acteurs sous forme de problèmes, c'est-à-dire de manière négative, et avec un certain degré de généralité. Cette approche critique répond à une nécessité méthodologique : il s'agit à cette étape d'identifier les manquements et aspects à améliorer. Au moment de la formulation des objectifs opérationnels, ces comportements formulés négativement seront traduits de manière positive comme résultats à atteindre et comme activités à mettre en œuvre.

Des données récentes manquent en ce qui concerne les comportements sexuels et les pratiques de protection des différents groupes de **migrants**. Les intervenants de terrain font le constat d'une utilisation insuffisante des préservatifs masculin et féminin (ce dernier est d'ailleurs peu accessible) et d'un recours insuffisant et tardif au dépistage du VIH et des autres IST (Favresse, 2007). Les patients séropositifs présentent parfois des difficultés d'adhésion aux traitements antirétroviraux. Pour de nombreux migrants, en particulier ceux arrivés récemment sur le territoire, le manque de maîtrise des langues nationales et du système administratif et médical belge ainsi que la précarité financière et sociale empêchent leur accès à des soins de qualité.

Certains déterminants de ces comportements sont d'ordre culturel : tabou de la sexualité et du Sida, croyances relatives à la maladie, au traitement et aux modes de transmission, valorisation de la fertilité et de la fécondité, moindres capacités de négociation du rapport sexuel et de la protection chez certaines femmes. Cependant, les intervenants insistent sur la nécessité de ne pas exagérer l'importance de la culture pour ce public : les Belges sont également influencés par des facteurs culturels qui façonnent leurs attitudes et comportements vis-à-vis de la prévention. Les trajectoires migratoires, les conditions de vie et les politiques en matière de migration sont des déterminants au moins aussi importants à prendre en compte.

Au sein des différentes **communautés**, les questions liées à la sexualité et au Sida sont peu abordées par les **familles et l'entourage** et les personnes séropositives peuvent parfois être stigmatisées, voire rejetées. Certains **acteurs religieux** (cultes officiels ou non) diffusent des discours qui à différents degrés peuvent être contre-productifs en matière de prévention : diffusion d'informations inadéquates concernant la prévention et le traitement, discours moralisateur en matière de sexualité et condamnation de certaines pratiques (homosexualité, sodomie, avortement, relations sexuelles hors mariage), valorisation de l'abstinence et de la fidélité au détriment du préservatif, déni de la réalité du Sida et du vécu des personnes séropositives. Les collaborations entre ces acteurs et les **intervenants de la prévention** sont rares.

Les migrants sont parfois confrontés à des **professionnels psycho-médico-sociaux** qui n'ont pas ou peu de compétences dans le domaine de la communication interculturelle et ne répondent pas adéquatement à leurs besoins en ce qui concerne le dépistage ou la prise en charge.

Les décisions du **Ministère de l'Intérieur** et de l'**Office des étrangers** en matière d'accès au territoire et de séjour (ordre de quitter le territoire, refus d'un titre de séjour) sont parfois perçues comme arbitraires par les intervenants. Pour ce qui a trait aux demandes de séjour pour motifs de santé, les décisions ne se basent pas toujours sur des informations correctes concernant l'accès aux soins et la qualité de ces soins dans les pays d'origine. Les démarches et les décisions

administratives engendrent des incertitudes et du stress et ne permettent pas l'accès à des moyens de subsistance (via l'aide sociale) en dehors de l'accès aux soins (assuré par l'aide médicale urgente ou AMU). Ainsi, la précarité psychologique, sociale et économique dans laquelle vivent les personnes en situation temporaire nuit à leurs conditions de vie, à leur santé et entrave notamment leur adhésion au traitement*. Les décisions d'expulsion peuvent en outre mettre en danger la santé physique et mentale, voire la vie, des migrants qui doivent interrompre ce traitement. Concernant les étudiants étrangers demandeurs de bourse d'études en Belgique, l'octroi de cette bourse est dans certains cas conditionné par la preuve du statut sérologique, demandée par le **Ministère des affaires étrangères** via les **ambassades**. Pour toutes les questions qui concernent l'accès à un titre de séjour, les intervenants déplorent un manque de concertation entre les ministères concernés : **Affaires étrangères, Affaires sociales et santé, Emploi, Intérieur**.

Des problèmes peuvent se poser dans certains **CPAS** : la loi sur l'aide médicale urgente (AMU) n'est pas appliquée systématiquement ni uniformément, l'intégralité de la prise en charge n'est pas toujours couverte, le secret professionnel n'est pas toujours respecté et les patients se voient parfois imposer un hôpital. De plus, des attitudes stigmatisantes et discriminatoires, voire racistes, sont parfois constatées.

Dans le domaine de la coopération au développement, les intervenants soulignent la difficulté à mettre en place des projets d'échange de pratiques entre les pays d'origine et les migrants installés en Belgique. En effet, les **associations communautaires de base** intègrent rarement les questions de prévention, d'accompagnement et de solidarité et

s'engagent insuffisamment auprès des associations et des gouvernements des pays d'origine au sujet des questions liées au Sida. Le **Ministère de la coopération au développement** collabore peu avec les associations de prévention IST/Sida en Communauté française et soutient peu les programmes en matière de migration et développement qui prévoient la participation des migrants au développement des pays d'origine.

Dans certaines **structures d'accueil pour demandeurs d'asile**, les pratiques de dépistage des nouveaux arrivants sont systématiques et ne répondent pas aux critères de qualité. L'une des conséquences est la difficulté accrue pour les personnes dépistées séropositives de gérer les suites d'un diagnostic positif. L'accompagnement psycho-médico-social des patients séropositifs y est parfois inadéquat. Les actions de prévention en matière de santé sexuelle y sont insuffisantes.

Dans différents domaines de la vie sociale (**soins, emploi, logement, services administratifs**, etc.), les stéréotypes et les attitudes et comportements racistes ou xénophobes empêchent l'intégration des migrants les plus vulnérables.

Sur le plan **institutionnel**, plusieurs textes réglementaires nationaux et internationaux encadrent les politiques de migration, d'accueil et d'asile (notamment la Loi du 12 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ou encore la Convention de Genève de 1951 relative au statut des réfugiés). La problématique doit également être située dans un contexte politique national et européen de fermeture relative des frontières pour les migrants originaires de pays du Sud.

4.3 FOCUS SUR LES ACTEURS

L'ensemble de ces acteurs ont une influence, positive ou négative, sur la problématique. L'approche systémique en planification vise à intégrer de différentes manières tous ces acteurs afin de favoriser une réponse plus cohérente aux problèmes complexes.

Acteurs ²	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES PUBLICS CIBLES		
Les migrants [1]	<p>Le public cible est hétérogène et le terme «migrant» regroupe un ensemble de réalités sociologiques diverses.</p> <p>En Belgique, le nombre total d'étrangers inscrits au Registre de population s'élève en 2007 à 932161 (8,8 % du total de la population), dont 51 % d'hommes et 49 % de femmes. L'âge moyen est de 39 ans. On observe une concentration de la résidence à Bruxelles (SPF emploi, travail et concertation sociale, 2009).</p> <p>En 2005, 900473 étrangers ont acquis la nationalité belge (principalement des Marocains, des Turcs, des Italiens et des Congolais). La proportion d'étrangers dans la population totale reste stable malgré les entrées, en raison de l'acquisition de la nationalité (Perrin, 2006 et CECLR, 2008).</p> <p>En 2006, les deux tiers (64 %) des flux migratoires légaux proviennent de pays de l'Union européenne à quinze membres. Les autres ressortissants sont issus des nouveaux pays membres (4 %), d'Afrique (14 %), d'Asie (5,5 %), d'Amérique latine (1,3 %) et d'Amérique du Nord (1,5 %) (CECLR, 2008). En matière d'entrées irrégulières sur le territoire (sur la base des personnes arrêtées par la police), les ressortissants d'Europe de l'Est (Roumains, Polonais, Bulgares), d'Afrique du Nord (Algériens) et d'Afrique subsaharienne, ainsi que de l'Inde et du Brésil, sont les plus représentés (Chauvin, 2007 et Perrin, 2006).</p>	<p>Le public cible constitue le point de départ de la définition de la problématique, puisque ce sont les données et les constats de types épidémiologique et social le concernant qui ont servi de base à l'analyse de situation présentée dans ce cahier. Dans une perspective de promotion de la santé, il est également l'un des acteurs des stratégies d'intervention du plan opérationnel (cadre logique), notamment à travers sa participation aux activités mises en place pour répondre à la problématique.</p>
Les sous-groupes de migrants particulièrement vulnérables	<p>Plusieurs critères permettent de distinguer des sous-groupes de migrants, dont l'origine continentale, régionale et nationale ou la confession religieuse, le statut de séjour (irrégulier, personnes sans papier,...) et la durée de résidence (avec une attention particulière pour les primo-arrivants).</p> <p>L'analyse de situation ne concerne pas l'ensemble des migrants. Il s'agit de tenir compte des vulnérabilités*. Quatre catégories particulièrement vulnérables sont identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ les migrants en situation irrégulière ou en attente d'une décision relative à leur séjour (asile et régulation) ; ■ les femmes migrantes ; ■ les migrants séropositifs ; ■ les hommes migrants qui ont des rapports sexuels avec des hommes (migrants HSH). <p>Les descendants d'immigrés, de deuxième et troisième générations, appartiennent plutôt à la population générale</p>	

² Les nombres entre crochets renvoient aux numéros des acteurs dans le document d'analyse de situation en version longue et en version poster, disponibles sur le site www.strategiesconcertees.be

Acteurs	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE SPÉCIFIQUES		
Les familles et les communautés de vie [2]	Famille et entourage au sens large.	Les constats portent sur différents cas de figure : secret autour de la séropositivité d'un membre de la famille ou de la communauté, stigmatisation ou rejet d'une personne séropositive dans la famille ou la communauté, silence autour des questions de sexualité et de prévention IST/Sida.
Les associations de migrants (associations communautaires de base) [3]	Associations de fait ou sans but lucratif créées à l'initiative des communautés migrantes dans le pays d'accueil et gérées par celles-ci. L'objet social peut être culturel, social, sportif, politique ou de loisirs. Elle sont en général peu ou pas subventionnées.	Ces associations sont en contact avec des migrants et pourraient être un relais de promotion de la santé et de prévention IST/Sida, mais elles intègrent rarement cette dimension dans leur objet social et dans leurs activités.
Les associations de défense des droits et ONG [4]	Associations de défense des étrangers ou associations dont l'objet social est plus large mais qui peuvent s'intéresser à certaines catégories de population (par exemple : les sans-papiers) et certaines thématiques connexes (accès aux soins).	Ces associations sont en contact avec des migrants et pourraient contribuer à défendre leurs droits en matière de santé, mais elles intègrent rarement cette dimension dans leurs actions.
Les Centres régionaux d'intégration (CRI)	Centres qui favorisent l'intégration des personnes étrangères notamment par le soutien aux associations et aux organismes publics.	Le rôle de ces acteurs devra être analysé et précisé ultérieurement.

Acteurs	Description	Lien avec la problématique et rôle en matière de prévention IST/sida
LES ACTEURS, SERVICES ET MILIEUX DE VIE GÉNÉRALISTES		
Les acteurs politiques et administratifs [5, 6]	<p>Acteurs politiques et administratifs des différents niveaux de pouvoir, concernés par des questions relatives à la santé en général et aux IST/Sida en particulier (prévention primaire* et secondaire*, dépistage, prise en charge psycho-médico-sociale).</p> <p>Il s'agit également de responsables politiques et administratifs en charge de questions non directement sanitaires mais qui sont liées à la problématique des IST/Sida parmi les migrants (égalité des chances, lutte contre les discriminations, politique d'asile et de migration).</p> <p>Sont inclus dans cette catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les cabinets ministériels concernés ■ Le Ministère de la coopération au développement ■ Le Ministère des affaires étrangères ■ Les ambassades ■ Le Ministère de l'intérieur ■ Le Ministère des affaires sociales et de la santé ■ Le Ministère de l'emploi ■ Le Ministère de l'aide à la jeunesse ■ Le Ministère de la justice ■ Les Ministères de l'enseignement ■ Les structures d'accueil pour demandeurs d'asile (Fedasil, Croix Rouge) ■ L'Office des étrangers ■ Le Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) ■ Le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (CECLR) ■ La Direction générale de la Santé de la Communauté française (DGS) ■ L'INAMI 	Les politiques menées concernant les droits des migrants sur les plans de l'accueil, du séjour et des soins influencent directement leur accès à la prévention, aux soins et à l'aide sociale.

<p>Les acteurs psycho-médico-sociaux [7, 8]</p>	<p>Ensemble des acteurs offrant un accompagnement médical, paramédical, psychologique ou social, travaillant en cabinet privé ou dans des organismes divers.</p> <p>Différentes professions sont incluses dans cette catégorie : médecins généralistes et spécialistes, psychologues, psychothérapeutes, sexologues, assistants sociaux, infirmiers, aides soignants. D'autres acteurs n'ayant pas d'activité psycho-médico-sociale mais évoluant dans ces milieux font aussi partie de ce groupe (personnel d'entretien, de cuisine, etc.).</p> <p>Sont envisagés dans cette catégorie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les cabinets privés ■ Les hôpitaux et cliniques ■ Les Centres de référence Sida ■ Les associations de prévention et de promotion de la santé ■ Les Centres de planning familial ■ Les Centres de santé mentale ■ Les Maisons médicales et collectifs de santé ■ Les départements psycho-médico-sociaux des prisons ■ Les centres d'accueil ouverts ou fermés pour personnes migrantes ■ Les maisons de repos et structures d'hébergement diverses ■ Les diététicien(ne)s ■ Les centres d'alphabétisation ■ Les CPAS 	<p>Ces acteurs sont en contact avec la population générale et sont ainsi amenés à rencontrer des personnes migrantes. Plusieurs difficultés sont constatées :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ difficultés de communication en contexte interculturel ; ■ manque de prise en compte ou mécompréhension des besoins et demandes des migrants ; ■ stigmatisation ; ■ manque d'accessibilité des services de santé ; ■ non-intégration des questions relatives à la sexualité et aux IST/Sida.
<p>Les acteurs religieux [9]</p>	<p>Représentants des cultes officiels, à différents échelons de la hiérarchie (pape, évêques, prêtres, imams, pasteurs, etc.). Il peut également s'agir de groupements religieux parfois considérés comme des sectes.</p>	<p>Ces acteurs ont un rôle important en ce qu'ils diffusent des normes relatives à la sexualité, à l'homosexualité, à la contraception, à la protection contre les IST/Sida et au traitement. Leurs messages ont un impact sur les croyants qui font partie du public cible ou sont en contact avec ce public.</p>
<p>Les acteurs de la formation médicale, paramédicale et des travailleurs sociaux [10]</p>	<p>Acteurs en charge de la formation des futurs professionnels psycho-médico-sociaux dans les institutions universitaires ou hautes écoles.</p>	<p>Les problématiques de la prévention IST/Sida, de la sexualité et de l'interculturalité et le croisement entre ces problématiques sont rarement intégrés dans les cursus.</p>
<p>Les milieux d'accueil de la petite enfance et de l'adolescence [11]</p>	<p>Crèches, écoles primaires, secondaires et internats et autres lieux susceptibles d'accueillir des enfants ou adolescents séropositifs.</p>	<p>Ces acteurs refusent parfois d'accueillir et de prendre en charge des séropositifs ou le font de manière inadéquate. Par ailleurs, ils n'intègrent pas toujours les questions liées à la sexualité et à la prévention dans leur travail avec le public.</p>

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS DÉFINIS POUR LE PUBLIC CIBLE DES MIGRANTS DANS LE CADRE DES STRATÉGIES CONCERTÉES 2007-2008

Ces objectifs ont été définis au cours de l'année 2006 (Martens, Parent et al., 2006). Ils n'ont pas été actualisés à ce jour, la priorité étant la mise à jour des analyses de situations présentées dans ces cahiers. Un décalage peut donc exister entre l'analyse et les objectifs, mentionnés ici à titre de rappel. Ceux-ci devront à leur tour être actualisés par les intervenants en intégrant les nouveaux éléments des analyses de situations.

- 1) Renforcer et améliorer l'utilisation du préservatif lors des prises de risque* parmi le public cible des migrants.
- 2) Renforcer le recours adéquat* au dépistage de qualité* parmi le public cible des migrants.
- 3) Améliorer l'acceptation, la communication, la négociation et l'intégration au sujet de la maladie et de ses modes de transmission parmi les familles et les communautés de vie.
- 4) Améliorer l'intégration des questions liées à la santé, aux IST/Sida, à l'accompagnement et à la solidarité dans les associations de migrants et les associations communautaires de base.
- 5) Améliorer parmi les groupes et les leaders religieux l'acceptation et la prise en compte de la maladie, des personnes séropositives et de la sexualité en général et diminuer les discours moralisateurs en relation avec la sexualité et le Sida.
- 6) Améliorer la capacité de communication et de prise en charge (globale et dans le domaine des IST/Sida) des acteurs psycho-médico-sociaux dans le cadre de leurs contacts avec des patients de cultures différentes.
- 7) Systématiser l'application de la loi sur l'aide médicale urgente par le CPAS de la commune de résidence de la personne migrante.
- 8) Améliorer les connaissances des chercheurs, des acteurs de terrain et des acteurs politiques au sujet des trajectoires des personnes migrantes et de leurs vulnérabilités*.
- 9) Sensibiliser les acteurs politiques des différents niveaux de pouvoir à une approche globale et mondiale de la question du VIH et de la migration, tout en renforçant le travail communautaire mené en Communauté française.

SOURCES

Seules les sources ayant permis la rédaction de ce chapitre sont citées ci-dessous. Pour l'ensemble des sources ayant permis la construction de l'analyse de situation, voir le site www.strategiesconcertees.be

Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (CECLR). Rapport d'activité pour l'année 2007. Bruxelles, 2008.

Chauvin P., Parizot I., Drouot N., Simonnot N., Tomasino A. Il faut forger le respect et non la peur. Enquête européenne sur l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière, Observatoire européen de l'accès aux soins de Médecins du Monde, 2007.

Defraye A., Buziarsist J., Sasse A. Surveillance des IST via un réseau sentinelle de cliniciens en Belgique. Rapport annuel 2008. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, 2009. (IPH/EPI REPORTS Nr. 2009/036)

ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control)/WHO (World Health Organization) Regional Office for Europe : HIV/AIDS surveillance in Europe 2007. European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2008.

Favresse D. Sidsida – Dépistage VIH en Communauté française, période 2005-2006. Sipes, ULB-Promes, Septembre 2007.

Lire et écrire. Enquête 2005-2006 sur l'alphabétisation des adultes en Communauté française de Belgique. Analyse synthétique des principaux résultats statistiques. Bruxelles, 2006.

Loi du 12 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (MB 31/12/1980).

Martens V, Parent F et al. Stratégies concertées du secteur de la prévention des IST/Sida en Communauté française 2007-2008. Observatoire du sida et des sexualités (FUSL), Bruxelles, Décembre 2006.

Organisation des Nations Unies (ONU). Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés (dite Convention de Genève).

ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida. Genève, 2006.

Perrin N. L'évolution du nombre d'étrangers en Belgique. Groupe d'étude de démographie appliquée – Université catholique de Louvain (GéDAP-UCL), Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, Bruxelles, 2006.

Sasse A., Defraye A., Buziarsist J., Van Beckhoven D., Wanyama S. Epidémiologie du Sida et de l'infection VIH en Belgique. Situation au 31 décembre 2007. Institut Scientifique de Santé Publique, Section Épidémiologie, Bruxelles, 2008. (IPH/EPI REPORTS Nr. 2008/037)

Service public fédéral (SPF) économie. Rapport annuel pour l'année 2007. Direction Générale emploi et marché du travail, Bruxelles, 2008.

Service public fédéral (SPF) emploi, travail et concertation sociale. L'immigration en Belgique. Effectifs, mouvements et marché du travail. Rapport 2008. Direction Générale emploi et marché du travail, Bruxelles, 2009.

L'analyse de situation systémique complète et la liste des sources utilisées pour cette analyse de situation sont accessibles sur le site www.strategiesconcertees.be moyennant l'utilisation d'un nom d'utilisateur et d'un mot de passe. Une présentation du processus et des éléments méthodologiques, ainsi que diverses informations en lien avec les Stratégies concertées sont également disponibles en accès libre sur le site.

Ce document fait partie d'une série de onze cahiers réunis dans un dossier présentant une synthèse des analyses de situations pour les publics cibles de la prévention des IST/Sida en Communauté française :

- Cahier 0 Une analyse commune pour l'action : présentation et transversalités
- Cahier 1 La population générale
- Cahier 2 Les enfants et les jeunes
- Cahier 3 Les personnes séropositives
- Cahier 4 Les migrants
- Cahier 5 Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FSF)
- Cahier 6 Les usagers de drogues injecteurs (UDI)
- Cahier 7 Les prostituées féminines
- Cahier 8 Les prostitués masculins
- Cahier 9 Les personnes détenues en milieu carcéral
- Cahier 10 Le public festif

Ces documents sont également disponibles sur le site Internet www.strategiesconcertees.be

STRATÉGIES
CONCERTÉES
IST-SIDA



LES ORGANISMES CONTRIBUANT AUX STRATÉGIES CONCERTÉES

Points focaux

- Plate-Forme Prévention Sida (population générale)
- Coordination Sida Assuétudes Namur, Plate-Forme Prévention Sida, Sid'Action Pays de Liège (enfants et jeunes)
- Siréas (migrants)
- Ex æquo (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes)
- Modus Vivendi (usagers de drogues injecteurs et public des milieux festifs)
- Espace P (prostituées féminines)
- Service Education pour la Santé (détenus)

Partenaires du processus

De nouveaux acteurs rejoignent régulièrement le processus. Cette liste est donc évolutive.

Aide Info Sida
Alias asbl
Caw Mozaiek Adzon
Centre de prise en charge hôpital Saint-Luc
Centre de Référence Sida du CHU de Charleroi
Centre de Référence Sida du CHU de Liège
CLAJ
CLPS Brabant Wallon
CLPS Bruxelles
CLPS Hainaut Occidental
CLPS Huy-Waremme
CLPS Luxembourg
CLPS Mons
Communauté française – DG Santé
Conseil supérieur de promotion de la santé
Département de Médecine Générale ULB
Dune
Echos séropos d'ici et d'ailleurs
Ecole de Santé Publique ULB
Entre 2 asbl
Fédération Laïque des Centres de Planning Familial
Hôpital Saint-Pierre, Centre de Référence Sida
Hôpital Saint Pierre, service gynécologie

Hôpital Saint-Pierre, service pédiatrie
Icar
Institut Scientifique de Santé Publique
Libiki
Magenta
Maison Médicale de Bomel
Maison provinciale du mieux-être de Gembloux
Ministère de la Justice
Observatoire du sida et des sexualités (FUSL)
MSF
Planning familial de Tamines
Planning familial des FPS de Namur
Projet Matongé
Projet Rousseau
Question Santé
Sensoa
Service de prévention de la ville de Mons
Service PSE de Bruxelles
Sida-IST Charleroi-Mons
SIPES-ULB
SIPES
Tels Quels
Université de Mons-Hainaut

Editeur responsable

Vladimir Martens, Observatoire du sida et des sexualités
Facultés universitaires Saint-Louis – Boulevard du Jardin Botanique, 43
1000 Bruxelles.

Mise en page

Nathalie da Costa Maya
Centre de diffusion de la culture sanitaire, CDCS asbl.

Dépôt légal

D/2009/10646/1



Observatoire
du sida et
des sexualités



Service d'Information Promotion
Education Santé



Avec le soutien du Ministère de la
Communauté française de Belgique