

63<sup>e</sup> RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE\*  
EN PARTENARIAT AVEC L'ALLIANCE FRANÇAISE  
DE PARIS

Contentons  
nous  
de faire  
réfléchir  
n'essayons pas  
de convaincre  
Georges Braque

# STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE ET INTERCULTURALITÉ : LE CAS DES ABORIGÈNES D'AUSTRALIE PARTAGE D'EXPÉRIENCES



CENTRE RÉGIONAL  
DE RESSOURCES  
ET D'INFORMATION  
SUR LE VIH/SIDA,  
LES HÉPATITES,  
L'ÉDUCATION À LA VIE  
AFFECTIVE ET SEXUELLE,  
LES DROGUES,  
LES DÉPENDANCES ET  
LES CONDUITES À RISQUE  
CHEZ LES JEUNES

## TIM GREACEN

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CRIPS

Dans le cadre de la semaine qu'elle consacre à l'Australie, l'Alliance Française a proposé cette rencontre au Crips, lequel a une longue pratique des populations migrantes.

Que pouvons-nous apprendre des stratégies de santé publique menées en Australie ? Sandra Eades, médecin, épidémiologiste, est spécialisée dans les questions de santé publique, et plus particulièrement dans la protection maternelle et infantile.

## Tour

Maine-Montparnasse

BP53 /

75755 Paris cedex 15

tél 01 56 80 33 33

fax 01 56 80 33 00

[www.lecrisp-idf.net](http://www.lecrisp-idf.net)

[info@lecrisp.net](mailto:info@lecrisp.net)

## SANDRA EADES

DIRECTEUR DE RECHERCHE, THE SAX INSTITUTE, SYDNEY, AUSTRALIE

## LA SANTÉ DES ABORIGÈNES EN AUSTRALIE DÉFIS ET RÉALISATIONS EN 25 ANS (1980-2005)

Je ferai le point sur l'évolution de la politique de santé des Aborigènes en Australie dans les vingt-cinq dernières années.

Les Aborigènes représentent environ 2,5 % de la population australienne, un tiers des Aborigènes vit en ville, un tiers dans des communautés rurales, un tiers dans des communautés du désert. L'Australie comprend des États et des territoires. Il existe deux niveaux de prise en charge médicale, l'un pour tous les citoyens qui dépend de l'État, l'autre dépend du gouvernement fédéral et s'applique à tous les Australiens, quel que soit leur lieu de résidence.

## ouvert au public

du **mardi** au **vendredi**

de **13h** à **19h**

le **samedi**

de **10h** à **17h**

\* Rencontre du 31 mars 2006 à l'Alliance Française de Paris. Les rencontres du Crips sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

Au début des années 1970, en dépit du système d'assurance universelle de santé, les problèmes d'accès des Aborigènes à la santé étaient indéniables. Ces années ont vu la création de centres de santé communautaires gérés par des volontaires, financés par le gouvernement fédéral dès le début des années 1980. Ils étaient concentrés dans les grandes villes : Brisbane, Sydney et Perth. Quel que soit le lieu, l'espérance de vie des Aborigènes est faible tout comme leur niveau d'éducation, de formation et leur accès au marché du travail. La politique de dislocation familiale menée du début au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, avec l'enlèvement des enfants aborigènes et les très hauts taux d'emprisonnement ont laissé des traces indélébiles.

Les hommes aborigènes ont une espérance de vie de 59,4 ans quand celle des Australiens d'origine européenne est de 76 ans ; les femmes aborigènes de 64,8 ans contre 82 ans pour les Australiennes.

Au Canada, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis où des traités ont réglementé l'accès aux soins depuis des générations, le différentiel d'espérance de vie entre les populations autochtones et les colons est en moyenne de cinq à six ans. En Australie, il est de dix-sept à vingt ans.

Les principales causes de décès entre 30 et 40 ans chez les Aborigènes sont le diabète et les problèmes cardiaques. Le diabète commence très tôt (chez les enfants), le tabac fait des ravages chez les enfants et les adultes (20 % des Australiens fument contre 50 à 60 % des Aborigènes). Depuis les années 1960, la réduction de la mortalité infantile est notable, le nombre d'hospitalisations d'enfants pour des maladies infectieuses également (tuberculose, infections respiratoires et gastriques). Le taux de suicide parmi la jeunesse aborigène est le plus élevé au monde, les problèmes de santé mentale sont fréquents, les incarcérations également.

Les études de cas montrent une amélioration de la santé maternelle et infantile ainsi que du taux de naissance. Les programmes communautaires ont amélioré la lutte contre les IST, les soins primaires pour les maladies cardiaques et le diabète. Des progrès ont été effectués en matière de vaccination.

L'identification des Aborigènes dans le recensement de la population permet de mieux cibler les besoins spécifiques de cette communauté. L'analyse des registres d'état civil (naissance et décès) et des registres tenus par les hôpitaux permettent de mieux évaluer les améliorations dans la durée. Depuis une quinzaine d'années le gouvernement fédéral a massivement investi dans le financement de la prévention et la formation des Aborigènes dans le domaine de la santé, mais beaucoup reste à faire.

## **BARBARA GLOWCZEWSKI**

**ÉTHNOLOGUE, DIRECTEUR DE RECHERCHE,  
CNRS, EHESS, FRANCE**

### **LES ABORIGÈNES ET LA SANTÉ : UNE APPROCHE HOLISTIQUE**

Les chiffres sont catastrophiques. Il existe un contraste entre la situation des Aborigènes en Australie et celle des autres populations autochtones. Les spécialistes sont unanimes à souligner le lien entre santé physique, santé mentale, et conditions historiques et sociales – très violentes – de l'arrivée des Européens sur le continent australien.

On pense aujourd'hui qu'un enfant aborigène sur cinq a été enlevé à ses parents entre 1905 et les années 1970. Dans un système de famille étendue, cela veut dire que toutes les familles sont touchées. Pour beaucoup d'experts ce problème est fondamental dans la santé des Aborigènes.

On constate de leur part une démarche suicidaire qui est quasi délibérée (inhalation de pétrole par les enfants). Dans les années 1990, la conférence de Melbourne sur la santé a souligné la nécessité d'une approche holistique : on ne peut séparer la santé publique de la justice sociale. Quotidiennement, les Aborigènes sont victimes de violences et de discrimination.

Le Département des affaires indigènes qui déléguaient à des Aborigènes élus l'attribution des financements communautaires a fonctionné pendant douze ans, malgré quelques difficultés. Ce département a été fermé, il y a quelques années, pour des raisons politiques. Les Aborigènes relèvent maintenant soit du gouvernement des États, soit du gouvernement fédéral, qui leur propose des *shared responsibility agreements*, accords de gré à gré pour résoudre les problèmes locaux (« On installe une pompe à essence si vous lavez vos enfants »). Rappelons que les Européens sont présents sur le continent australien depuis 200 ans, les Aborigènes depuis 40 000 ans, or ce n'est qu'en 1967 que les Aborigènes ont obtenu la citoyenneté australienne et les droits qui y sont liés, comme par exemple, celui de toucher un salaire. D'où l'importance du mouvement actuel des *stolen wages*, salaires versés par les employeurs au gouvernement, lequel ne les a jamais rétrocédés aux Aborigènes.

Il existe un réel problème d'emprisonnement (78 % des personnes en prison sont des Aborigènes alors qu'ils représentent 2,5 % de la population) dû à une criminalisation de la population autochtone : personnes sans domicile fixe alors que la loi interdit de dormir dehors, personnes buvant en public alors que la loi l'interdit. Un jeune aborigène sur cinq passera son adolescence en prison (on y mange, dort, on a la télévision). La prison est devenue un mode de vie temporaire, attitude dénoncée par certains membres de la communauté aborigène.

Tous les récits anciens mentionnent l'incroyable santé



des Aborigènes, les anciens atteignaient souvent plus de 80 ans : leur capacité de survie dans un environnement très difficile était donc indéniable. Les anciens qui ont encore le souvenir de cette époque sont effondrés de perdre aujourd'hui leurs enfants, leurs petits-enfants et leurs arrière-petits-enfants.

Il y a eu tant de morts dans les accidents de voiture parmi les 15-20 ans, que beaucoup préfèrent ne pas réparer les véhicules pour ne pas causer de nouveaux décès.

Le taux de suicide, très élevé parmi les jeunes hommes, est depuis peu en augmentation chez les jeunes femmes qui sont également de plus en plus nombreuses en prison. Cette dislocation familiale a entraîné une explosion de violence domestique sur les tout-petits. Le sida n'est pas encore un problème en Australie, mais des enfants de 3 ou 4 ans sont porteurs d'IST. Il y a un appel à la responsabilité du gouvernement par la population qui souhaite une approche holistique.

Le déséquilibre au sein de la population aborigène est notable : beaucoup d'anciens, beaucoup d'enfants, et personne dans l'intervalle.

Or l'argent ne manque pas. Une somme très importante a été donnée par le gouvernement à des assurances privées pour le système de soins. Les nombreux rapports soulignent qu'une approche holistique coûterait cinq fois moins cher que le système actuel, qui ne fonctionne pas.

Il faut sortir du paternalisme affiché jusqu'à présent et qui consistait, par exemple, à proposer aux Aborigènes une piscine en échange de la scolarisation des enfants.

## QUESTIONS DE LA SALLE

**UN PARTICIPANT** — Pourquoi le diabète est-il si important, est-ce lié à l'alcool ?

**SANDRA EADES** — Il existe une disposition génétique des Aborigènes au diabète, mais il s'agit surtout d'un problème récurrent dans l'ensemble des populations indigènes lorsqu'elles entrent en contact avec des populations développées. En l'espace d'un siècle, il leur faut modifier leur mode de vie, leur alimentation. Sédentarisation et obésité sont des facteurs clés.

**UN PARTICIPANT** — Et le cancer ?

**SANDRA EADES** — Le taux de cancer est le même pour les Aborigènes que pour les non-Aborigènes, à l'exception du cancer du poumon. D'autre part, la consultation est souvent tardive, même en ville, et c'est pire encore dans les zones reculées dont l'anglais est la seconde langue, peu – ou pas du tout – parlée.

**BARBARA GLOWCZEWSKI** — Le cancer est élevé dans la région de Kimberley, où ont eu lieu des essais nucléaires sous-marins dans les années 1960. Le gouvernement avait alors dit aux employés de la base militaire de ne pas manger de poisson. Il va de soi que les poissons ne sont pas restés dans cette zone, et l'augmentation des

lymphomes est très forte, ce que l'on constate également aujourd'hui à la suite de Tchernobyl, ou encore en Polynésie.

**FRANCE LERT** — Installer des services médicaux ne suffit pas face à cette situation de violence sociale et politique persistante. Quels changements sont en cours ?

**BARBARA GLOWCZEWSKI** — Les Aborigènes souhaitent une remise en question globale. Entre le début des années 1970 et le milieu des années 1990, l'enthousiasme a été grand. Mais ce qui a été permis sur le plan juridique n'a pas été soutenu sur le plan politique. Si l'on ne maîtrise pas son destin, rien ne peut se faire.

**UNE PARTICIPANTE** — Qu'en est-il des herbes traditionnelles utilisées par les Aborigènes ?

**SANDRA EADES** — Elles sont toujours utilisées dans les communautés les plus reculées qui n'ont pas trop changé de mode de vie et par des non-Aborigènes à des fins commerciales.

**TIM GREACEN** — La formation de professionnels de la santé issus de la communauté aborigène a-t-elle été une étape importante ?

**SANDRA EADES** — L'étape importante a été la création par les Aborigènes de ces centres de santé, avec des professionnels issus de la communauté ou non.

Cela permet de faire fusionner une médecine de type occidental et la médecine traditionnelle en prenant en compte la dimension spirituelle ancrée dans la culture aborigène.

**UNE PARTICIPANTE** — Ce partenariat entre médecine occidentale et médecine traditionnelle permet-il d'éviter la transmission des IST ou les atteintes somatiques ?

**SANDRA EADES** — Oui, quand les centres sont installés depuis un certain temps, et particulièrement dans des zones plus isolées. Mais la situation en général n'est pas bonne en ce qui concerne les IST puisque les taux de prévalence sont bien plus élevés parmi les Aborigènes que parmi les non-Aborigènes.

## FRANCE LERT

DIRECTEUR DE RECHERCHE,  
INSERM U88, FRANCE

## LES STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE EN DIRECTION DES MIGRANTS EN FRANCE

Le postulat de la société française est que nous sommes une communauté nationale, et non ethnique. Il n'existe donc pas, en France, de système de recueil de données concernant les populations en fonction de leur « ethnicité ». Il est par conséquent difficile, en l'absence de données statistiques, de dresser un tableau de la situation sauf en matière de VIH.

Au début de l'épidémie, la lutte contre le VIH a adopté un mot d'ordre généraliste : « Tout le monde est concerné ». Il s'agissait à la fois d'éviter les discrimi-

nations et de renforcer l'efficacité du message, de le marteler pour mieux le faire passer.

À la fin des années 1990 les chiffres épidémiologiques et la présence massive de migrants d'Afrique subsaharienne, de plus en plus fréquemment touchés par le virus, a incité à moduler le message et à « cibler » – y compris physiquement – ces groupes particuliers (homosexuels, usagers de drogues, migrants) lors des campagnes de prévention. En 2001, nous avons fait le choix de commencer à représenter une population ethniquement diversifiée, et de toutes classes sociales, afin de mieux représenter la société française dans son ensemble. Le dialogue entre partenaires institutionnels et monde associatif en matière de lutte contre le sida a facilité les choses.

En 2002, une campagne diffusée à la télévision mettait en scène des migrantes au travail parlant de leurs relations avec un partenaire. Nous avions alors conscience de rompre avec une tradition française et les débats ont été tendus. Cette situation de la vie courante, quotidienne, utilisant des femmes ordinaires et non des mannequins, a été très bien perçue et le message a été transmis.

Nous avons donc décidé de continuer dans cette voie. Le problème du dépistage tardif des populations migrantes a donné lieu à une campagne d'affichage durant l'été 2005, mais sa diffusion massive a conduit les associations à crier à la discrimination.

Sommes-nous allés trop loin ?



## DEUX EXEMPLES ASSOCIATIFS

### TE-WEI LIN

**CHARGÉE DE MISSION AUPRÈS DES MIGRANTS D'ASIE, ARCAT, FRANCE**

80 % des personnes reçues par Arcat sont étrangères, 1 % est d'origine chinoise.

La communauté chinoise à Paris est majoritairement établie dans les 3<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup>, 13<sup>e</sup>, 18<sup>e</sup>, 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> arrondissements, et en banlieue dans les départements de la Seine-Saint-Denis (93), du Val-de-Marne (94) et un peu en Seine-et-Marne (77). Ces populations viennent d'abord du Wenzhou, au sud de Shangaï, puis à partir de 1975 du Vietnam, et plus récemment du Dongbei, zone frontière avec la Mongolie. Le tabou sur les questions liées à la sexualité est très fort en Chine, qui ne reconnaît d'ailleurs pas avoir des personnes séropositives. On constate une méconnaissance du système de santé français, un manque d'accès aux soins, aux traitements et les services apportés par la communauté chinoise sont presque toujours payants. Il y a également des problèmes de confidentialité dans l'interprétariat et de fiabilité des traductions médicales, un manque d'in-

tervenants sociaux et de praticiens connaissant le mandarin. Arcat organise donc la prévention par le biais d'associations culturelles en utilisant également les médias (presse et radio).

Depuis 1998, nous avons mis en place des documents explicatifs, des affiches, des banderoles, des concours de dessins, nous organisons des séances d'information auprès des médecins chinois. En 2001 nous avons créé des baguettes qui ont été diffusées dans les restaurants chinois du 13<sup>e</sup>, et édité un document sur les hépatites. Une étude sociologique de la communauté chinoise en région parisienne, effectuée en 2002, a donné des résultats intéressants qui nous ont permis d'orienter la prévention et le suivi des malades. Les principaux soucis auxquels est confrontée la communauté chinoise sont la vulnérabilité, les problèmes de titre de séjour, le logement, le remboursement de la dette, la solitude, plus encore que la santé.

Où se soignent-ils ? Très peu fréquentent les CDAG, très peu sont suivis dans les hôpitaux (6 personnes). Le parcours de soin commence toujours dans les pharmacies chinoises, ou par commande sur internet, puis par le généraliste, et enfin, en urgence, à l'hôpital.

Pour les personnes originaires de Chine continentale utilisant le mandarin simplifié, de nouvelles brochures dans cette langue ont été publiées. En 2003-2004, nous avons produit une affiche en mandarin représentant le préservatif féminin et organisé des séances explicatives sur son utilisation. Fin 2004, une permanence IST a été installée à l'hôpital Saint-Louis avec des entretiens individuels.

En 2005, stylos et porte-clés ont eu un impact favorable. Les choses avancent lentement et les difficultés sont nombreuses : changement régulier des responsables associatifs avec lesquels nous entrons en contact, persistance des tabous sur le sida et les IST. C'est un travail de longue haleine pour gagner la confiance de la communauté. Nous travaillons en partenariat avec les mairies et les hôpitaux.

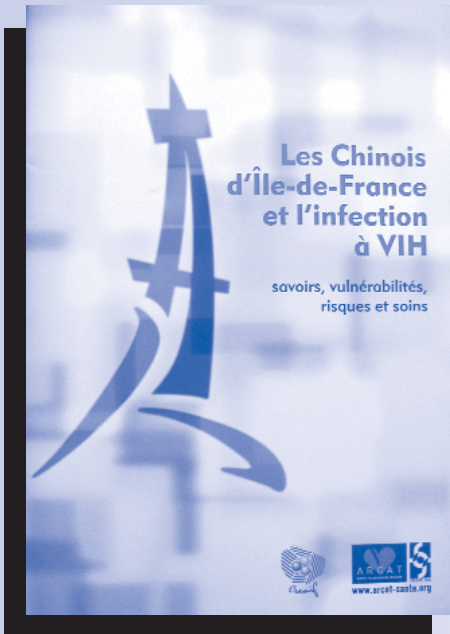
La notion de « support culturellement adapté » est fondamentale pour pouvoir être à la fois crédibles et efficaces.

### MIGUEL ANGE GARZO

**CHARGÉ DE PRÉVENTION EN MILIEU HISPANOPHONE, ARCAT, FRANCE**

En tant que psychologue, j'accompagne les personnes atteintes du VIH et/ou des hépatites au Point S qui a ouvert en 1993. Nous y proposons un accompagnement global : médecin conseil, travailleurs sociaux, conseillers juridiques qui sont de plus en plus utiles par les temps qui courent.

Sur les 80 % de migrants que nous recevons, 20 % sont en provenance d'Amérique latine. Peu de documents existaient à cette époque en langue espagnole. Nous avons donc décidé d'en produire d'autres et avons mis



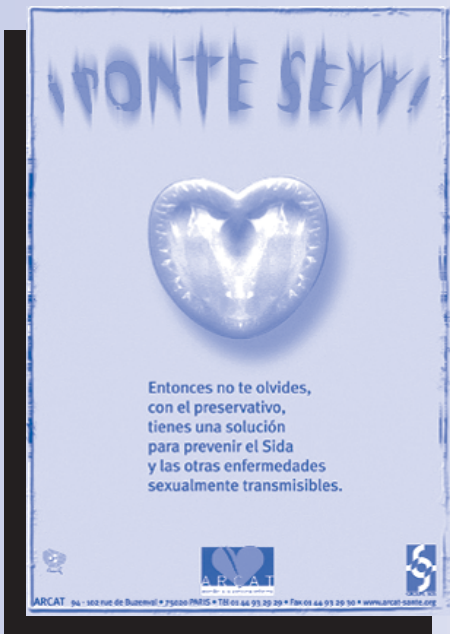
Étude sociologique, 2002



1<sup>re</sup> affiche sur la prévention du sida en mandarin pour la communauté chinoise, réalisée en 1999



Concours de dessins sur le thème du sida réalisé en 2000



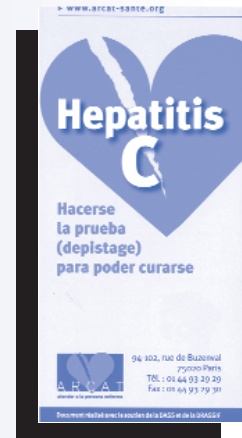
Affiche pour promouvoir l'usage du préservatif



Fiches sur les aides sociales (ex : AME)



Dépliant sur le VIH pour les travailleurs du sexe



Dépliant sur le dépistage du VHC

en place en 2001 un secteur dédié à cette communauté avec l'ouverture d'un local situé dans le 18<sup>e</sup> arrondissement de Paris, un quartier hispanophone, à la station de métro La Fourche.

90 % des personnes que nous recevons n'ont pas de titre de séjour et sont donc en situation de grande précarité. 62 % sont des travailleurs du sexe dont 59 % se définissent comme transgenres, et la moyenne d'âge est de 25 ans. Ce sont donc des personnes en situation de très grande vulnérabilité vis-à-vis du VIH.

80 % des demandes que nous recevons concernent l'accès aux soins : AME (aide médicale d'État), CMU (couverture maladie universelle) et aux droits. Des fiches

sociales, des affiches, des tracts ont été édités en espagnol. Depuis quatre ans, l'augmentation notable de la présence de femmes dans les consultations nous a conduits à développer ce secteur (contraception, planning familial).

Nous informons sur les lieux de dépistage, sur le traitement post-exposition. Nous les orientons en interne ou vers les CDAG (centres de dépistage anonymes et gratuits), vers les associations partenaires.

Nous avons donc mis en place, par contact direct, un réseau informel et hispanophone, de médecins spécialistes et d'intervenants acceptant l'AME.

Suite à la promulgation de la loi de Sécurité intérieure

(mars 2003) dont l'article 50 porte sur le racolage passif, nous travaillons, en partenariat avec les amis du Bus des Femmes, dans la forêt de Saint-Germain-en-Laye où se sont repliées de nombreuses prostituées.

Nous avons impliqué les consulats et ambassades en organisant pour eux une séance d'information sur le VIH/sida, l'utilisation des préservatifs masculin et féminin. Nous organisons la prévention également au sein des soirées latino.

En 2005, 815 entretiens d'une durée moyenne de 25 minutes ont été réalisés pour 380 personnes.

**Emmanuelle Bajac**  
**Bénédicte Astier**  
**Isabelle Baldisser**  
**Antonio Ugidos**

ISSN 1242-1693

## QUESTIONS DE LA SALLE

**TIM GREACEN** — Sandra Eades mentionnait l'importance de l'ethnicité dans la construction d'une politique de santé efficace, qu'en est-il en France ?

**FRANCE LERT** — En France, ne sont pris en compte que le lieu de naissance et l'origine. Il faudrait également considérer le lieu de naissance des parents pour pouvoir désigner la deuxième génération car chaque communauté a des facteurs de risque mais aussi des facteurs de protection. Or on rencontre en France de très fortes réticences à disposer de ce type d'informations, à la différence, par exemple, de la Grande-Bretagne où les groupes se définissent comme *West Indian*, *Black African*, *Highlanders*, populations natives, etc.

**UN PARTICIPANT** — Dans un contexte politique difficile, les populations vulnérables vont être encore plus exposées, également à la prise de substances toxiques (drogues, médicaments psychotropes) permettant de lutter contre le stress. De plus, lorsqu'on travaille « au noir », on ne peut s'absenter sous peine de perdre son emploi. Il faudrait donc attirer ces populations vulnérables dans des lieux de consultation pour pouvoir aborder la question du VIH/sida et des coinfections.

**UN PARTICIPANT** — J'anime une association algérienne située à Anaba, à la frontière tunisienne, où les travailleurs du bâtiment sont majoritairement des Chinois. Il existe également une forte communauté chinoise à Alger. Pourrions-nous utiliser les documents en mandarin simplifié qui ont été réalisés par Arcat ?

**TE-WEI LIN** — Nous pouvons réfléchir à une éventuelle collaboration. La traduction ne suffit pas. Il faut contextualiser l'approche pour être réellement efficace.

