

71<sup>e</sup> RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

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

# STRATÉGIES DE PRÉVENTION DU VIH AUPRÈS DE GROUPES SPÉCIFIQUES DE MIGRANTS EN EUROPE

## **ANTONIO UGIDOS**

DIRECTEUR, CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

J'ai le plaisir d'accueillir aujourd'hui des représentants d'associations de Belgique, d'Allemagne, du Royaume-Uni et de France, venus nous présenter les réponses que leurs organisations mettent en place à l'adresse de groupes spécifiques de migrants dans leurs pays ou régions.

## **BART DEGRYSE**

CHARGÉ DE PROJET, SENSOA, GAND, BELGIQUE

### **L'éducation affective et sexuelle à travers le jeu auprès de jeunes d'origine étrangère**

Je travaille comme formateur d'enseignants et animateur de prévention auprès des jeunes au sein de l'association Sensoa, centre de ressources et d'information sur la santé sexuelle et le VIH, mais également groupe de recherche sur des questions plus largement liées à la santé de la reproduction. Nos activités s'adressent essentiellement aux jeunes et à leurs parents, dans la région flamande de la Belgique et en particulier les villes de Bruxelles, Gand, Anvers ainsi qu'à l'international, au Rwanda, au Burundi et en République démocratique du Congo. Nous organisons des campagnes d'information, nous créons et développons des expositions, des supports et des outils pédagogiques destinés aux enfants dès 3 ans et aux jeunes jusqu'à 16 ans. Nous animons un site internet [www.sensoa.be](http://www.sensoa.be), une ligne téléphonique, une boutique, une bibliothèque et un centre de documentation.

Rencontre du 17 décembre 2008. Les rencontres du Crips Île-de-France sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des Affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.



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

**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

**ouvert au public**  
du **lundi** au **vendredi**  
de **13h** à **19h**

 **îledeFrance**



PREFECTURE DE LA REGION  
D'ÎLE-DE-FRANCE

En Belgique, l'éducation sexuelle est prévue dans les programmes scolaires, elle est donc dispensée dans les classes, mais nous avons constaté que celle-ci se résumait souvent à une information sur la contraception et le VIH. Nous pensons que de nombreux autres sujets méritent d'être abordés. Par ailleurs, la population belge a beaucoup évolué sociologiquement ces dernières années, il est important de tenir compte de la multiplicité des origines des jeunes de notre pays tant sociales, culturelles, religieuses que géographiques, parfois extrêmement différentes.

Aussi avons nous été amenés à créer le jeu de société intitulé Shalimar mettant en scène une vingtaine de personnages représentatifs de la diversité d'origine et sociale, caractérisés de telle manière qu'ils permettent aux jeunes des familles migrantes une identification.



Le point de départ du jeu est le plaisir des jeunes à parler entre eux. En utilisant le jeu, ils sont amenés à discuter des comportements des personnages, à se mettre dans la peau de « conseillers conjugaux », à réfléchir sur leurs propres comportements, à reconnaître l'influence de leur contexte familial, culturel et religieux dans leurs attitudes face à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Tout au long de la partie, les joueurs doivent décider, avec les informations qu'ils possèdent, si les deux personnages pourront s'accorder suffisamment pour entamer ou poursuivre une relation amoureuse. Destiné à un usage scolaire, Shalimar atteint son but auprès des 14-16 ans ainsi amenés à exprimer leurs propres idées et valeurs ainsi qu'à tenir compte du point de vue des autres joueurs. Le jeu est déjà diffusé actuellement à 500 exemplaires en Flandre. Partout il remporte l'adhésion des pédagogues, des animateurs et des jeunes eux-mêmes qui se voient encouragés à libérer leur parole même s'ils critiquent le fait qu'il n'y ait aucun gagnant en fin de partie !

## **VERONICA MUNK**

**CHARGÉE DE PROJET, AMNESTY FOR WOMEN/TAMPEP, HAMBOURG, ALLEMAGNE**

### **Prévention du VIH et promotion de la santé auprès des travailleuses du sexe migrantes**

Fondée en 1993, basée à Hambourg, Amnesty for Women regroupe un réseau de vingt-six organisations travaillant dans vingt-cinq pays européens. Amnesty for Women s'adresse aux femmes migrantes, essentiellement issues des pays d'Europe centrale, d'Europe de l'Est, d'Asie et d'Amérique latine à qui elle apporte une aide sociale et juridique. Les objectifs de l'organisation concernant les travailleuses du sexe sont les suivants : mener des recherches sur les conditions de vie et de travail de ces femmes ; établir des stratégies de prévention du VIH qui leur soient spécifiquement destinées et défendre leurs droits humains.

Avec l'arrivée du VIH en Europe, les travailleuses du sexe ont été essentiellement perçues comme des vecteurs de transmission du virus auprès de la population générale. Le caractère clandestin de la prostitution ainsi que la stigmatisation et l'exclusion sociale dont souffrent les travailleuses du sexe dans toute l'Europe ont rendu la prévention de la santé pour ces populations particulièrement difficile. L'expérience montre que, plus la situation des travailleuses du sexe est vulnérable, plus leur accès aux soins s'avère limité. Or, la maîtrise qu'elles peuvent avoir de leur propre santé est directement conditionnée par le contrôle qu'elles peuvent exercer sur leurs conditions de travail qui, elles-mêmes sont déterminées par des facteurs essentiellement sociaux et politiques.

Ces dernières années, le contexte de la prostitution a fortement changé en Europe. Dans la plupart des pays, les travailleuses du sexe sont majoritairement des migrantes : en 1994, douze nationalités étaient enregistrées par notre association, en 2007 nous en comptons soixante.

Un certain nombre d'enseignements sont à tirer de nos quinze années d'expérience de terrain. Tout d'abord, l'attitude des pouvoirs publics à l'égard de la prostitution se limite à la répression, au discours moralisateur et à l'expression d'un besoin de maîtriser le phénomène. Or, nous savons qu'il est impossible d'apporter de l'aide sanitaire et sociale dans un contexte de répression et de moralisation.

Autres points à relever : il est nécessaire de développer des services facilement accessibles et différenciés pour les travailleuses du sexe en fonction de leurs origines. Une bonne coopération est également très importante ; il faut la préserver entre l'association et les décideurs de l'État. Sur la question de la responsabilisation ou du renforcement des capacités (empowerment), la mise en place de stratégies est cruciale pour que ces travailleuses du sexe puissent regagner l'estime d'elles-mêmes et prendre leurs propres décisions en tant que femmes, en tant

que migrantes et en tant que travailleuses du sexe. Pour cela la méthode de l'éducation par les pairs peut s'avérer efficace.

Face à une demande de pratiques sexuelles non protégées, il est urgent de lancer des campagnes de sensibilisation pour rappeler à tous les adultes leurs responsabilités dans le domaine de la prévention.

Notre expérience de terrain nous a montré que la prévention auprès des travailleuses du sexe doit aller bien au-delà de la distribution de brochures, de préservatifs et de lubrifiants. Il faut travailler en coopération très étroite avec ces populations afin d'examiner avec justesse les questions juridiques et les questions migratoires. Pour obtenir des résultats avec les travailleuses du sexe en matière de santé, il faut une participation directe de leur part afin qu'elles définissent et expriment ce qu'elles considèrent comme leurs propres priorités et un travail de terrain continu et régulier de façon à établir des relations de confiance permettant aux personnes qui peuvent leur venir en aide de les atteindre car ce sont des populations extrêmement mobiles, isolées et marginalisées.

À Hambourg, notre approche passe par des médiateurs culturels (eux-mêmes issus de la migration) qui établissent un pont entre les associations, les travailleuses du sexe et les services de santé publique. Des infirmières issues également de la migration participent aux équipes, soignent et animent des débats autour des questions soulevées par les prostituées. Des cours de langues permettent aussi d'évoquer les problèmes liés aux conditions de vie et de travail des travailleuses du sexe. Proposer ces cours constitue d'ailleurs une stratégie intéressante en termes d'autonomisation et de responsabilisation de ces femmes.

En conclusion, la transmission de l'infection à VIH chez les travailleurs et travailleuses du sexe non utilisateurs de drogues par voie intraveineuse ne s'est jamais produite, en dépit des inquiétudes. Cependant, les travailleuses du sexe demeurent une population marginalisée, très isolée, fragile, vulnérable physiquement et psychologiquement, dépendante de tiers, elles sont exploitées et obligées de recourir à une mobilité extrême. La législation relative à la migration et à la prostitution demeure totalement inflexible. On constate qu'elle n'a pas permis de réduire la présence de travailleuses du sexe migrantes, bien au contraire. En outre, il serait illusoire de vouloir abolir la prostitution et la migration uniquement par l'adoption de lois car il s'agit de phénomènes correspondant à des réalités économiques et sociales. Aussi la question est-elle de savoir comment notre société se propose d'aborder la réalité de la prostitution avec les personnes qui sont directement concernées. La présence de travailleuses du sexe migrantes en Europe nécessite de se pencher urgemment sur les questions de migration des femmes et sur la question des droits humains. Les politiques répressives sur la prostitution et sur la migration n'ont pour résultat que

de mettre à mal la capacité des travailleuses du sexe à mettre en œuvre leurs propres stratégies de protection sanitaire et d'autodétermination.

Je terminerai par cette citation d'une travailleuse du sexe : « La dépénalisation du travail du sexe et l'acceptation de ce travail comme n'importe quel autre travail considéré comme "normal" permettra aux travailleuses du sexe d'avoir plus de force de négociation pour demander à leurs clients d'utiliser des préservatifs. C'est la pénalisation qui constitue définitivement un obstacle à la lutte contre le VIH/sida. »

## **MUDIA UZZI**

**CHARGÉ DE PROJET, NAZ PROJECT LONDON (NPL), LONDRES, ROYAUME-UNI**

### **Prévention du VIH auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) africains et afro-caribéens**

Je travaille au sein du Naz Project London. Basé à Londres depuis 1991, il s'agit de la plus grande organisation « caritative » qui s'adresse aux populations migrantes. Je commencerai par vous parler de l'histoire de la prévention du VIH auprès des populations noires du Royaume-Uni. Je vous parlerai ensuite de l'épidémiologie et enfin des programmes qui y sont actuellement conduits.

La prévention du VIH a considérablement évolué au cours des vingt dernières années. Au début, lorsque les premières informations concernant cette infection ont commencé à être diffusées, très peu de messages s'adressaient aux homosexuels noirs. À la suite de ce constat, des militants noirs homosexuels ont créé les premières associations ayant pour objectif la prévention auprès des populations noires. Deux organisations en particulier se sont fait connaître : Black HIV Aids Network (Réseau des Noirs contre le sida) et Black Gay Men United Against Aids (Les hommes noirs homosexuels unis contre le sida). En fait, la première organisation a été pionnière pour la publication d'une brochure en 1990, la seconde est à l'origine des groupes de parole. Tout au long des années 1990, de nouvelles associations ont vu le jour comme Black Experience, par exemple. Les objectifs de toutes étaient proches : créer des espaces d'expression et d'échange, apporter aide et assistance sanitaire, aider les personnes atteintes à se responsabiliser. Toutes sortes d'événements étaient organisées, comme le concours de « Mr Black Gay » du Royaume-Uni et parmi les moments marquants, on peut noter la création d'une journée de sensibilisation sur le VIH/sida. Durant cette période, d'autres groupes plus ou moins connus, plus ou moins officiels ont pris l'initiative d'organiser aussi des soirées.

Du milieu des 1990 au milieu des années 2000 d'autres organisations ont également occupé cet espace en créant et utilisant du matériel de sensibilisation (affiches, bro-

chures) et en s'appuyant sur les médias pour des campagnes de sensibilisation contre l'homophobie, des sessions de formation sur les pratiques sexuelles à moindre risque... Au début des années 2000, l'organisme équivalent de la Sécurité sociale pour les Britanniques s'est impliqué directement dans des campagnes visant spécifiquement les populations noires homosexuelles et en particulier les hommes africains. Enfin, je citerai encore deux exemples marquants : celui du Club Africa, la première boîte de nuit pour homos africains, et la mise en place de la conférence intitulée « Tumani », première et unique du genre, destinée aux hommes homosexuels africains.

Notons que l'essentiel de la population noire du Royaume-Uni vit à Londres ou sa région mais il y a eu aussi des campagnes de prévention en dehors de cette zone géographique, notamment à Birmingham et Leicester.

On peut considérer ces interventions passées comme autant de réussites dans la mesure où elles ont permis de faire connaître l'existence de la population noire homosexuelle et de lui donner plus de visibilité. On a également assisté à une augmentation de la participation des populations homosexuelles noires aux campagnes contre le VIH. Enfin le matériel utilisé pour la sensibilisation et la prévention s'est diversifié : brochures, médias, flyers etc.

L'important turn-over des personnes au sein des associations est à souligner. Un autre problème, lié au précédent, est celui de la pérennité des financements : les organisations qui s'intéressent à la population générale ont en effet un intérêt limité et/ou discontinu pour la population des Noirs homosexuels.

En ce qui concerne l'épidémiologie, il faut savoir que la probabilité d'être atteint par le VIH est deux fois plus élevée chez les jeunes hommes noirs qu'au sein de la population blanche. Par ailleurs, les jeunes hommes noirs sont plus souvent exposés à l'homophobie, à la stigmatisation et souffrent plus du chômage.

L'une des premières activités de notre organisation consiste à travailler en organisant des distributions gratuites de préservatifs, de lubrifiants, de brochures et flyers, notamment lors de soirées dans les boîtes de nuit. Nous organisons également des rencontres où des personnes apportent une aide sociale et suscitent des groupes de discussion qui se réunissent une fois par mois en moyenne. Certains de ces groupes de parole ciblent un groupe de population très spécifique (Antillais, Africains...). Enfin, nous organisons des séminaires, des projections de films, des fêtes...

Aujourd'hui deux organisations en particulier sont chargées de la coordination des activités de prévention qui s'adressent aux populations noires homosexuelles et africaines. Il s'agit du African HIV Policy Network (Réseau des politiques de prévention du VIH auprès des populations d'origine africaine) et du National African HIV Prévention Program (Programme

national de prévention du VIH auprès des populations d'origine africaine).

Le programme dont je m'occupe est financé par le ministère de la Santé pour une période de deux ans. C'est un programme qui s'adresse aux jeunes gays d'origine africaine et afro-caribéenne. Il consiste en une formation par les pairs-éducateurs abordant les questions de santé sexuelle, de communication. Une fois que ces pairs auront acquis les compétences pour mener des projets, ils sont censés initier des actions de prévention et relayer les informations.

## **JACQUI SCHNEIDER**

**CHARGÉE DE DIRECTION, ASSOCIATION ACCES, MARSEILLE**

### **Promotion de la santé sexuelle auprès des femmes du voyage**

Mon organisation intervient auprès des femmes du voyage sur un site d'Aix-en-Provence. Le contexte des interventions est à replacer au sein d'un projet plus global intitulé « Promotion de la santé sexuelle auprès des personnes issues de l'immigration, la migration et l'étranger ». Situé derrière la gare du TGV d'Aix-en-Provence, le site où nous intervenons accueille des voyageurs en migration constante qui ne sont autorisés à y séjourner que quatre mois par an au total.

Les gens du voyage sont des populations Roms (Manouches, Tziganes, Gitans, Yeniches...). Ces voyageurs sont relativement indépendants dans leurs modes de vie et se considèrent comme totalement différents des « gadjos », autrement dit les non-voyageurs, les sédentaires. Le VIH est perçu comme une maladie des « gadjos ».

Chez les gens du voyage, la population est très jeune (45 % de moins de 18 ans). L'unité sociale est la famille élargie (et non pas nucléaire). L'enfant y occupe une place privilégiée : c'est un enfant-roi, à qui sont imposées très peu de contraintes et que l'on autorise très jeune à faire beaucoup d'expériences. Les jeunes filles doivent impérativement préserver leur virginité avant le mariage. Ce principe n'est pas dénué d'ambivalence dans la mesure où les garçons, eux, sont encouragés à avoir très tôt des expériences sexuelles. On leur suggère d'aller les faire en dehors de la communauté, avec des filles « gadjos ». Les jeunes se marient au sein de la communauté. L'âge du mariage est de 15-16 ans pour les filles, l'arrivée du premier enfant se fait environ un an plus tard.

Notre méthodologie d'intervention est la suivante : à la date fixée avec les gestionnaires du site, nous invitons femmes et jeunes filles à participer aux animations. Nous les regroupons par classes d'âges et une fois qu'elles sont installées, à l'écoute et certaines que les hommes ne pourront pas les entendre, nous débutons une animation qui dure environ une heure. Nous uti-

lisons une boîte pédagogique créée par l'association marseillaise Autre regard. Cette boîte contient du matériel susceptible de provoquer la discussion sur le corps, la santé sexuelle et la contraception (préservatifs, serviette hygiénique, savon, différents types de contraceptifs, etc.). La gêne des participantes est grandement perceptible au début car le discours sur la sexualité est chargé de nombreux tabous, mais ensuite les langues se délient. Au bout d'une heure, les femmes repartent remplir les différentes corvées domestiques dont elles ont la charge et la préoccupation.

À la suite de ces interventions, je voudrais partager avec vous les observations suivantes. Tout d'abord, chez les femmes du voyage, les informations concernant le corps, la santé de la reproduction et la sexualité se transmettent de génération en génération et de mères en filles. De nombreuses erreurs et idées fausses circulent ainsi, des croyances également, fortement empreintes de négativité. Autre remarque : lors des animations, les questions physiologiques sont abordées mais également les questions concernant la santé sexuelle : ces femmes ignorent beaucoup de choses et ont besoin d'une éducation très basique sur le corps féminin.

Plusieurs d'entre elles connaissent d'importants problèmes gynécologiques qui restent très négligés. (Il est à noter ici que les consultations médicales effectuées dans le centre le sont par un médecin généraliste homme auquel les femmes ne sont sans doute pas enclines à se confier). On constate que la prévention est quasi nulle : très peu ont l'occasion de faire des dépistages, frottis, mammographies. Aussi les encourageons-nous à consulter dès le moment où les premières règles surviennent, sans attendre une grossesse, afin d'être informées et de pouvoir bénéficier d'une prévention.

En ce qui concerne les relations avec les hommes, les jeunes femmes redoutent énormément les rapports sexuels avec leurs maris : il s'agit d'obligations et l'idée de plaisir est exclue. Durant les animations, notre équipe insiste sur le droit au plaisir, l'épanouissement de sa sexualité, la possibilité de négocier et de partager avec son partenaire des préliminaires, des caresses.

Enfin, les gens du voyage se croient à l'abri de l'infection à VIH. Nous les encourageons à évoquer le VIH au sein des couples en particulier, puisque les jeunes hommes sont encouragés à avoir leurs premières expériences avec des femmes « gadjos ». Autrement dit, si l'idée que le VIH est une affaire de « gadjos » ne peut leur être enlevée, du moins peut-on s'en servir pour faire comprendre que l'infection risque néanmoins d'être introduite dans la communauté.

Pour conclure, malgré leurs craintes et leurs difficultés à surmonter les tabous, les femmes et les jeunes filles du voyage sont en demande d'information à condition que la garantie de confidentialité soit respectée. Elles sont peu informées de ce qui se passe dans leur corps de femmes. Elles prennent peu à peu conscience de l'importance à accorder à leur corps et à leur santé, d'au-

tant plus que ce corps est destiné à devenir un corps de mère – élément majeur de leur reconnaissance au sein de la communauté.

## **MARIE-HÉLÈNE TOKOLO**

**PRÉSIDENTE, ASSOCIATION MARIE-MADELEINE, FRANCE**

### **Prévention auprès des femmes migrantes vivant avec le VIH**

#### **Ateliers Santé-droit au soleil**

Les ateliers « Santé-droit au soleil » sont une expérience communautaire mise en place par le Réseau d'associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida (RAAC-Sida). Ils ont pour objectifs essentiels d'augmenter les capacités des personnes atteintes du VIH à prendre soin de leur santé et de susciter une mobilisation des participant-e-s afin que soient menées des actions après les ateliers.

Les ateliers « Santé-droit au soleil » ont été adaptés aux femmes qui fréquentent l'association Marie-Madeleine. Il s'agissait d'un projet de « vacances » fondé sur l'accès aux soins et au droit des personnes vivant avec le VIH et destiné à permettre aux participantes d'échanger et de s'informer.

Vingt-trois Africaines ont ainsi pu y participer et séjourner durant une semaine à la fin du mois de juillet 2008, au château de Jambville (département des Yvelines), à une soixantaine de kilomètres de Paris. Plusieurs femmes ayant d'importants rendez-vous médicaux à honorer (femmes sous dialyse, co-infectées, greffées...) et le séjour a dû être conçu autour de l'état de santé des participantes qui pour certaines était préoccupant.

Les ateliers avaient pour objectifs principaux d'une part, de discuter et d'informer les femmes sur leur état de santé et leurs droits et, d'autre part, de faire en sorte d'amener le plus grand nombre possible de femmes à participer (y compris celles qui ne participent jamais et qui sont souvent les plus atteintes). L'effet de groupe, le fait d'être ensemble a facilité la mobilisation et favorisé la création d'un climat de confiance.

Je vais donner maintenant le détail de chacun des six ateliers qui composaient la session globale et les commenter.

L'atelier 1 a permis de définir et discuter les règles communes du groupe. Éteindre les téléphones portables s'est avéré la règle la plus problématique pour ces femmes qui se sentaient d'autant plus responsables de leurs familles qu'elles en étaient éloignées. L'extinction du portable était véritablement vécue comme une souffrance énorme pour les mamans.

L'atelier 2 intitulé « Me soigner en France, quels sont mes droits ? » a permis de mettre à jour de nombreuses idées reçues véhiculées par la communauté. Par exemple, l'abréviation VTT qui est inscrite sur la carte de séjour et qui signifie « Validité territoriale totale » était com-

prise par les participantes comme « Virus totalement transmissible ». De telles erreurs d'interprétation se révèlent des freins à la régularisation et à la prise en charge car les femmes n'osent pas dire, dans leur famille, qu'elles ont obtenu une régularisation pour soins.

L'atelier 3 portait sur « Mieux me soigner, quand, où, à qui m'adresser ? ». Adressées aux participantes, ces questions ont fait émerger la plupart du temps, des réponses sur le thème de l'alimentation (manger ou ne pas manger), des réponses souvent subjectives et personnelles. Si les femmes ont pris conscience de la maladie et de ses effets, elles n'ont pas clairement pris conscience du système de soins.

L'atelier 4 était consacré à « Mes droits pour vivre en France ». Le tour de table collectif a permis de lister les personnes ressources ainsi que les droits des femmes (ceux qu'elles ont, ceux qu'elles ont perdus, ceux qu'elles souhaiteraient avoir). Les réponses des participantes étaient subjectives et montraient une grande ignorance. Pour beaucoup, la découverte de la maladie les a fait basculer brutalement dans le système de soins sans en connaître le fonctionnement.

L'atelier 5 avait pour titre : « Affections longue durée ; état des lieux de mes capacités et de mes autonomies ». Il nécessitait une explication préalable sur ce qu'est une Affection longue durée (ALD) et sur la mise en place d'un protocole de soin. Les femmes étaient très peu informées, y compris sur des points basiques comme ce qu'est un médecin traitant !

Enfin l'atelier 6 sur les « Idées de projets associatifs pour Marie-Madeleine » a permis aux femmes de faire plusieurs propositions qui en disaient long sur leur envie de vivre et de se socialiser (organisation de soirées dansantes interassociations) ; sur leur désir d'assurer un avenir positif à leurs enfants (créer des réseaux avec des écoles de bon niveau) ; sur leur désir de parler de leur vécu (montage d'une pièce de théâtre « Docteur, mariez-moi ! ») ; sur leur peur de l'après-décès (organisation d'ateliers sur les dernières volontés). Le bilan global que l'on peut faire du séjour est qu'il s'est avéré vraiment porteur d'espoir : les participantes ne voulaient plus arrêter les ateliers ! En s'exprimant et partageant avec les autres, elles ont éprouvé le sentiment d'avoir trouvé une nouvelle famille. Elles ont vécu une rupture bénéfique avec le quotidien, sa routine, son enfermement. Elles ont exprimé également la volonté de poursuivre ce qui avait été initié et un réel besoin de devenir actrices de leur destin et d'agir en pleine conscience de leurs droits.

## ÉCHANGES AVEC LE PUBLIC

**YVES TAMOKOUÉ, ENTRAIDE SANTÉ** — J'ai été très touché et sensible à l'exposé concernant le jeu Shalimar car je trouve très innovante l'idée d'un jeu permettant la réflexion. Combien coûte-t-il ?

**BART DEGRYSE** — Notre jeu, coûte 50 euros et on peut se le procurer en version française à partir du site [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Je voudrais rappeler que ce jeu permet d'aborder l'éducation sexuelle et affective plus largement qu'en se focalisant sur la question du VIH. Notre idée est vraiment de toucher les jeunes qui ont une double culture.

**NACERA SIDI SALAH, ASSOCIATION DES TRAVAILLEURS MAGHRÉBINS DE FRANCE (ATMF)** — Avez-vous eu l'idée d'élargir la palette des personnes auxquelles le jeu est destiné et donc de toucher également les parents et pas seulement les enfants pour que ce soit un jeu familial ?

**BART DEGRYSE** — Nous avons déjà expérimenté le jeu dans des contextes d'organisations de jeunesse et nous avons pu voir que les filles aînées d'une famille réagissent différemment de leurs petites sœurs par exemple. Mais élargir l'expérimentation à la combinaison enfants-parents ne donne pas de bons résultats. Nous nous sommes aperçus que la communication avec les parents doit se dédier uniquement aux parents.

Le jeu n'est pas utilisable tel quel avec tous les publics. Pour de jeunes africains, par exemple, il demanderait d'être adapté dans le détail en modifiant les prénoms des personnages, les situations, le vocabulaire et les expressions... Il a été traduit en français pour la Belgique, mais ne correspond pas nécessairement aux jeunes très éloignés de nos frontières.

### CAMILLE CABRAL, PRÉVENTION ET ACTION POUR LA SANTÉ ET LE TRAVAIL DES TRANSEXUEL-LE-S (PASTT)

— Pour revenir à la question des communautés spécifiques ainsi que des travailleuses du sexe, je vous rejoins : en France, on ne peut pas parler de minorités, ni de communautés, on ne peut pas parler de revendication de groupes minoritaires comme les travailleuses du sexe... Je voudrais que l'on parle également de la prostitution et du trafic d'êtres humains...

**VERONICA MUNK** — En fait, généralement, les femmes finissent par se prostituer à la suite d'un processus migratoire. Mais toutes les travailleuses du sexe ne sont pas nécessairement des victimes de la traite des êtres humains en dépit des situations de dépendance dans lesquelles elles se retrouvent fréquemment. Cette dépendance est due au fait que les travailleuses du sexe ont un accès limité aux possibilités de migrations légales et au marché du travail.

Il faut être très prudent quand on rapproche les termes de prostitution et de trafic des êtres humains, car c'est un argument utilisé par les responsables politiques qui associent systématiquement la traite des êtres humains et la prostitution et qui disent que toutes les femmes vic-

times du trafic humain finissent prostituées. Je pense qu'il faut établir une distinction afin de ne pas stigmatiser les travailleuses du sexe. Il faut effectivement lutter contre le trafic d'êtres humains mais il ne faut pas lutter contre les travailleuses du sexe. En fait, il faut faire attention quand nous nous exprimons en tant que militants d'associations car les politiques utilisent cela à leur manière. Il faut faire en sorte que l'évocation de la lutte contre le trafic d'êtres humains ne soit pas entendue comme une lutte contre la prostitution car les politiques risquent alors d'utiliser ce discours comme un argument pour la fermeture des frontières.

**CAMILLE CABRAL, PASTT** — Pouvez-vous nous apporter des précisions sur vos modalités d'intervention auprès des travailleuses du sexe à Hambourg ?

**VERONICA MUNK** — Nous allons directement dans les salons de massage ou les maisons closes où se trouvent les travailleuses du sexe, sans les prévenir auparavant par téléphone car elles se méfient et redoutent les intrusions policières. Nous y allons à deux, avec une infirmière, car trop de personnes à la fois peuvent leur donner un sentiment d'invasion. Nous emportons du matériel, notamment des préservatifs. Souvent, les femmes ouvrent la porte et acceptent de discuter et nous pouvons alors faire un travail d'information et de prévention. Mais dans tous les cas, nous nous laissons guider par les travailleuses du sexe : si elles estiment avoir trop de travail, être trop occupées, nous n'insistons pas et reportons le rendez-vous à plus tard.

**DAVID AUERBACH CHIFFRIN, MOUVEMENT CIVIQUE POUR L'ACTION ET LA RÉFLEXION SUR LES QUESTIONS NOIRES, MÉTISSE LESBIENNES ET LGBT EN FRANCE ULTRAMARINE ET HEXAGONALE (TJENBÉ RÈD !)** — En France le débat sur la prévention auprès de la communauté noire et métisse est empoisonné par le faux débat sur le communautarisme... et il le devient doublement quand on essaie de croiser les questions des noirs-métisses et LGBT. Les politiques ou les institutionnels ignorent les besoins spécifiques de ces populations ou ne les comprennent pas. Comment expliquez-vous que vous parvenez à faire évoluer ces questions au Royaume-Uni ?

**MUDIA UZZI** — Je pense que les problèmes sont assez similaires en France et au Royaume-Uni. La seule différence étant qu'au Royaume-Uni, nous avons derrière nous l'expérience de vingt ans de lobbying auprès des parlementaires, responsables institutionnels et politiques, de façon à mieux identifier et cibler la problématique des populations migrantes noires et gay. La prévention au Royaume-Uni a aussi connu ses hauts et ses bas auprès de ces populations. Je pense que nous sommes arrivés à ce résultat parce que nous avons été en mesure de montrer que les programmes qui ont été créés ont prouvé leur efficacité.

**ANTONIO UGIDOS** — Ce qu'évoque Mudia Uzzi est une vraie question... En France, le modèle d'intégration

est universaliste et individualiste et non communautariste comme en Grande-Bretagne ou aux États-Unis. Il a représenté un frein dans la prise en compte de la spécificité migrante dans l'épidémie du VIH. Parler de cela dans les années 1990 était compris comme un risque de stigmatisation alors qu'il s'agissait simplement de reconnaître des réalités épidémiologiques et, face à cela, de mettre en place des projets permettant aux personnes de prendre en charge leur prévention, en lien avec leur culture et leur environnement. Il a fallu attendre le début des années 2000 pour que l'Inpes développe des campagnes spécifiques. Et cela a très bien marché : les communautés migrantes, en particulier africaines, se sont emparées de cette forme de communication, ont développé leurs propres campagnes et nous voyons depuis trois ans que l'épidémie régresse chez les migrants. Mais nous n'en sommes pas encore à reconnaître que chez les migrants il y a aussi des spécificités (être homosexuel, travailleur du sexe, handicapé...) ce que nos collègues de Belgique, d'Allemagne, du Royaume-Uni ont déjà pris en compte.

**MUDIA UZZI** — À la fin des années 1990 au Royaume-Uni, le multiculturalisme a été mis en avant, les différences et son apport ont été reconnus et célébrés. En outre, le recueil de données sociologiques sur les origines ethniques des personnes mais également sur leurs situations en termes de santé a permis de mettre à plat ce multiculturalisme, si bien que, finalement, tout cela a amené au dépassement des oppositions noirs/blancs ou encore hétéros/homosexuels. Reste dans le discours, une retenue, une frontière, quand il s'agit d'exposer la réalité de l'infection : les gens ont peur de dire les choses de crainte d'être taxés de racisme...

**BART DEGRYSE** — Il est intéressant de voir que, dans certains cas, la politique peut être utilisée à revers en quelque sorte. En Belgique où il existe une extrême droite très dure, tout le monde doit suivre des cours pour s'intégrer en tant que Belge. Notre organisation saisit parfois ce genre d'opportunité pour obtenir des moyens destinés à développer des projets d'éducation sexuelle tout en répondant à cette obligation scolaire... Je pense, par exemple, à l'édition de brochures répondant à la dimension multiculturelle de la population scolaire et donc nécessitant d'être traduites en dix langues.

## **ANTONIO UGIDOS**

Merci à tous les intervenants pour leur présentation qui, comme toujours, nous permettent d'imaginer ce que nous pourrions à notre tour – peut-être – faire bientôt.

**Kidi Bebey**  
**Bénédicte Astier**  
**Isabelle Baldisser**  
**Antonio Ugidos**

ISSN 1242-1693



Depuis 2005, le Crips Île-de-France, en partenariat avec Afrique Avenir, réalise un calendrier et des cartes postales de sensibilisation au VIH/sida en direction des communautés africaines.

En 2009 les messages mettent l'accent sur le dépistage, l'utilisation du préservatif et la prévention des violences envers les femmes. Ils sont portés par six femmes et six hommes, figures d'autorité dans les communautés afro-caribéennes et issus de différents milieux professionnels (artistique, presse, politique, médical).

[www.lecrips-idf.net/cartes-migrants](http://www.lecrips-idf.net/cartes-migrants)

**CRIPS**