

Evaluation rapide sur mandat de l'Office fédéral de la santé  
publique (Vertrag Nr. 00.000647)

***Plan d'intervention  
pour la prévention du  
VIH/sida  
parmi la population migrante  
subsaharienne***

**Brigit Zuppinger, Christine Kopp, Hans-Rudolf Wicker  
Institut d'Ethnologie  
Université de Berne**

**Décembre 2000**

# Sommaire

<b>1</b>	<b>RÉSUMÉ (FRANÇAIS)</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>RÉSUMÉ (ALLEMAND)</b> .....	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>RÉSUMÉ (ANGLAIS)</b> .....	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>8</b>
<b>5.1</b>	<b>Structure du rapport</b> .....	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE ET MÉTHODES</b> .....	<b>11</b>
<b>7</b>	<b>GROUPES CIBLES</b> .....	<b>12</b>
<b>7.1</b>	<b>Aperçu sociodémographique des groupes cibles</b> .....	<b>12</b>
7.1.1	Domaine de l'asile.....	16
7.1.2	Population résidente stable.....	20
<b>7.2</b>	<b>Structures d'organisation dans les groupes cibles</b> .....	<b>24</b>
<b>7.3</b>	<b>Modes de contact et communication</b> .....	<b>27</b>
<b>7.4</b>	<b>Médias des groupes cibles</b> .....	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>PRÉVENTION PRIMAIRE</b> .....	<b>30</b>
<b>8.1</b>	<b>Tabou relatif au VIH/sida</b> .....	<b>30</b>
<b>8.2</b>	<b>Vulnérabilité des migrant-e-s originaires du Subsahara</b> .....	<b>32</b>
<b>8.3</b>	<b>Connaissances et pratique</b> .....	<b>33</b>
<b>8.4</b>	<b>Approche de la sexualité</b> .....	<b>37</b>
<b>8.5</b>	<b>Aspects de la prévention du VIH spécifiques à chaque sexe</b> .....	<b>38</b>
<b>8.6</b>	<b>Enfants et jeunes</b> .....	<b>45</b>
<b>8.7</b>	<b>Consommateurs de drogue</b> .....	<b>46</b>
<b>8.8</b>	<b>Hommes homosexuels</b> .....	<b>46</b>
<b>8.9</b>	<b>Accès aux offres de consultation</b> .....	<b>47</b>
<b>8.10</b>	<b>Le test VIH</b> .....	<b>48</b>
<b>8.11</b>	<b>Prévention dans les centres pour requérants d'asile</b> .....	<b>49</b>
<b>8.12</b>	<b>Médiatrices et médiateurs originaires des régions subsahariennes</b> .....	<b>50</b>
<b>8.13</b>	<b>Matériel de prévention</b> .....	<b>50</b>
<b>9</b>	<b>PRÉVENTION PARMI LA POPULATION MIGRANTE SÉROPOSITIVE</b>	

<b>ORIGINAIRE DES PAYS SUBSAHARIENS.....</b>	<b>53</b>
9.1 Significations du sida .....	53
9.2 Accès aux consultations et aux prises en charge médicales, psychosociales et juridiques. ....	55
9.3 Migrants en situation illégale .....	60
9.4 Aspects de la prévention spécifiques au sexe chez les femmes séropositives .....	61
<b>10 PROJETS ET ORGANISMES EN SUISSE.....</b>	<b>63</b>
<b>11 PRÉVENTION DU VIH/SIDA DANS LES PAYS AFRICAINS .....</b>	<b>66</b>
11.1 Ouganda .....	67
11.2 Sénégal.....	68
11.3 Prévention du VIH/sida au sein de la coopération suisse au développement en faveur des pays africains.....	69
<b>12 EXPÉRIENCES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION, PROJETS ET ORGANISMES DANS LES PAYS EUROPÉENS .....</b>	<b>71</b>
12.1 Grande-Bretagne.....	72
12.2 Allemagne.....	72
12.3 Belgique.....	73
12.4 France.....	74
12.5 Réseaux européens .....	75
<b>13 BASES ET SCÉNARIOS POUR LE TRAVAIL DE PRÉVENTION DU VIH/SIDA PARMIS LA POPULATION MIGRANTE SUBSAHARIENNE .....</b>	<b>76</b>
13.1 Bases .....	76
13.1.1 Coordination des projets.....	76
13.1.2 Mise en œuvre des projets.....	78
13.1.3 Médiatrices et médiateurs.....	78
13.2 Scénarios pour la mise en place de la coordination des projets.....	79
13.3 Activités complémentaires.....	81
<b>14 LISTE DE MATÉRIEL .....</b>	<b>82</b>
<b>15 ORGANISATIONS DE MIGRANT-E-S AFRICAIN-E-S EN SUISSE ET ADRESSES DE CONTACT EN EUROPE .....</b>	<b>84</b>
<b>16 LIENS INTERNET .....</b>	<b>86</b>
<b>17 BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>88</b>

# Index des tableaux

Tableau 1: Population résidente étrangère en provenance des régions subsahariennes selon la nationalité et le statut en 1999 .....	14
Tableau 2: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon la nationalité, le sexe et l'âge en 1999 .....	16

# Index des graphiques

Graphique 1: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon le sexe en 1999 .....	17
Graphique 2: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon l'âge en 1999 .....	18
Graphique 3: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon l'état civil en 1999 .....	19
Graphique 4: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon le canton de domicile en 1999 .....	20
Graphique 5: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon le sexe en 1999 .....	21
Graphique 6: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon l'âge et le sexe en 1999 .....	21
Graphique 7: Résidents à l'année et établis (RCE seulement) en provenance des régions subsahariennes selon la durée de séjour et le sexe en 1999 .....	22
Graphique 8: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon l'état civil et le sexe en 1999 .....	23
Graphique 9: Résidents à l'année et établis mariés (RCE seulement) en provenance des régions subsahariennes selon l'origine du /de la partenaire et le sexe en 1999 .....	24

# 1 Résumé (français)

## Introduction

L'évaluation rapide commandée par l'Office fédéral de la santé publique comprend l'élaboration d'un plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne en Suisse. Le manque d'offres de prévention spécifiques à ce groupe cible, qui présente un taux d'infections VIH/sida relativement élevé, est à l'origine de cette démarche.

## Méthode

Les méthodes qualitatives utilisées - entretiens avec des personnes-clés, discussions de groupes focus, observation participative - ont permis de recueillir aussi bien les points de vue de personnes-clés appartenant aux groupes cibles que ceux des délégués des institutions et de la recherche impliqués. La mise en réseau de ces différents acteurs a donc revêtu une importance centrale et permis que cette étude joue, à un certain degré, le rôle d'une recherche-action.

## Résultats

L'étude présente le groupe cible - du point de vue sociodémographique, des structures d'organisation, des formes de communication, des médias - et met en évidence les possibilités et les difficultés de la prévention primaire ainsi que de la prévention auprès des personnes VIH-positives dans les groupes cibles, en se focalisant sur les aspects spécifiques au sexe. Elle présente également des projets menés avec des personnes originaires des régions subsahariennes en Suisse, dans des pays subsahariens et dans d'autres pays européens. A partir de ces données sont développés des bases et des scénarios en vue du travail envisagé en Suisse avec la collaboration des migrants subsahariens. L'étude comporte de plus une compilation des adresses, documents et liens internet relatifs à ce thème.

Les résultats de l'étude confirment l'hétérogénéité marquée du groupe cible. On a pu cependant constater qu'en dépit du manque de structures d'organisation, il existe en Suisse différents groupements et associations de migrants subsahariens au sein desquels il est possible de mener un travail de prévention spécifique. Il s'est avéré que les réseaux sociaux sont structurés par des contacts informels établis par des personnes-clés. C'est la raison pour laquelle, pour ce travail de prévention du VIH/sida au sein des groupes cibles de migrants subsahariens, il est primordial d'établir avec les organisations et les personnes-clés une collaboration basée sur la confiance et surtout sur la communication orale. Cela signifie que le travail de prévention du VIH/sida doit se faire de façon participative et être coordonné par un/e migrant/e subsaharien/ne. Les expériences faites avec les médiateurs doivent être inventoriées et leur travail professionnalisé. De plus, il faut promouvoir les organisations et structures d'organisation existantes des groupes cibles, en particulier celles spécifiques aux femmes, ainsi que leurs approches en matière de prévention.

L'étude montre également que les personnes migrantes subsahariennes sont exposées à une stigmatisation relativement forte en Suisse qu'il ne faut en aucun cas renforcer par une éventuelle association avec le sida. Le VIH/sida reste, au sein des groupes cibles, un sujet fortement tabou si bien que, par exemple, ils connaissent mal l'ampleur de l'épidémie en Suisse. Cette méconnaissance est renforcée par l'idée qu'il est possible d'identifier une personne porteuse du virus VIH/sida, l'infection étant associée, en particulier, à la maigreur („slim disease“). Dissiper le tabou qui entoure le VIH/sida est l'un des principaux objectifs de

la prévention. Un travail de prévention tenant compte du sexe s'impose vu que les hommes et les femmes s'organisent différemment et n'ont pas les mêmes points de rencontre.

Comme la communication à propos de sexualité ne se fait guère qu'entre personnes du même sexe, il convient d'élaborer une approche spécifique à chaque sexe et prenant également en considération la position souvent défavorisée des femmes par rapport au *safer sex*. En raison de la grande vulnérabilité des femmes - prévalence VIH plus élevée, plus grande dépendance économique et sociale, plus forte stigmatisation en général et par rapport au sida, vu le risque de contamination de leurs enfants par elles, renforcement du risque VIH par une éventuelle circoncision - il faut absolument veiller à ce que les messages de prévention spécifiques au sexe ne provoquent pas une stigmatisation supplémentaire des femmes. Il faut ici insister sur la responsabilité des hommes.

Le problème principal de la prévention chez les personnes touchées par le VIH/sida tient au fait que l'infection VIH chez les personnes migrantes du Subsahara n'est la plupart du temps découverte que tardivement, en général lorsque les symptômes liés au sida sont visibles ou lors d'une maternité. Ce phénomène est dû en premier lieu au tabou qui entoure cette maladie mais également aux conditions de migration très absorbantes et aux barrières d'accès au système suisse de la santé. De plus, l'idée que l'infection est due à un comportement social fautif est courante. Ces facteurs explicatifs sont souvent liés à des approches thérapeutiques qui tendent en premier lieu à éliminer les causes sociales et qui ne s'appuient donc qu'en second lieu sur des mesures médicales. Il faut faire connaître les possibilités médicales et la valeur du test VIH et rendre accessibles les offres de consultation et d'encadrement. Il y a un déficit en offres d'accompagnement spécifiques au groupe cible pour les personnes atteintes du VIH/sida, surtout dans le secteur psychosocial. Les facteurs explicatifs mentionnés et la toujours forte association du VIH/sida avec la mort encouragent également l'exclusion des personnes touchées. Il faut sensibiliser les groupes cibles à la situation des personnes touchées et discuter des processus d'exclusion.

Les premiers projets en Suisse et surtout les projets menés dans les pays subsahariens et européens ont obtenu des résultats prometteurs en matière de prévention du VIH/sida auprès des personnes des régions subsahariennes. Il est indispensable pour les personnes impliquées dans les projets d'échanger leurs impressions avec les responsables des projets menés dans d'autres pays et de faire partie de réseaux appropriés afin de tirer profit des expériences réciproques et le cas échéant de reprendre le matériel de prévention disponible ou de l'adapter. Pour établir une collaboration internationale dans le domaine du VIH/sida, il faut de plus intensifier la coopération au développement, car le VIH/sida étant un problème global, il faut également l'aborder d'une manière globale.

### **Recommandations**

Pour les projets menés en Suisse, nous recommandons - outre le développement des compétences transculturelles au sein des organisations constituées et l'encouragement d'autres activités telles que le développement de la promotion de la santé dans les établissements pour requérants d'asile - la coordination OFSP-DDC et l'inscription de la migration comme point fort du programme national de recherche sur le sida, l'élaboration de projets avec les migrants subsahariens reposant sur la participation et aménagés sur le long terme. Les projets prévus et les médiateurs sont mis en réseau et coordonnés au niveau national. Les projets peuvent être intégrés soit au travail de prévention spécifique aux migrants que mène l'OFSP, soit aux structures de prévention du VIH/sida, soit à celles d'une organisation d'entraide. Ils ne doivent pas se focaliser exclusivement sur le VIH/sida mais prendre en considération d'autres aspects de la promotion de la santé et de l'empowerment des migrant-e-s.

## 2 Résumé (allemand)

### Einleitung

Das vom Bundesamt für Gesundheit in Auftrag gegebene Rapid Assessment beinhaltet die Erarbeitung eines Interventionsplans zur HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz. Ausgangslage dazu ist der Mangel an auf diese Zielgruppe ausgerichteten Präventionsangeboten bei einer vergleichsweise hohen HIV-Infektionsrate.

### Methode

Es kamen qualitative Methoden (Schlüsselpersoneninterviews, Fokus-Gruppen Diskussionen, teilnehmende Beobachtung) zur Anwendung. Dabei wurden sowohl die Sichtweisen von Schlüsselpersonen der Zielgruppen wie von in das Thema involvierten VertreterInnen aus Institutionen und Forschung erfasst, wobei die Vernetzung der verschiedenen AkteurInnen einen zentralen Stellenwert hatte. Durch das Einbinden und Vernetzen dieser AkteurInnen wirkte die Studie zu einem gewissen Grad als Interventionsforschung.

### Resultate

Die Studie gibt eine Übersicht über die Zielgruppe (hinsichtlich Sozio-Demographie, Organisationsstrukturen, Kommunikationsformen, Medien) und zeigt die Möglichkeiten und Probleme der Primärprävention sowie der Prävention bei Menschen mit HIV/Aids in den Zielgruppen mit einem speziellen Fokus auf geschlechtsspezifische Aspekte auf. Weiter werden Projekte und Projekterfahrungen mit Personen aus der Sub-Sahara in der Schweiz, in Ländern der Sub-Sahara sowie in europäischen Ländern vorgestellt. Vor diesem Hintergrund werden Grundlagen und Szenarien für die geplante Projektarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz entwickelt. Die Studie beinhaltet zudem eine Zusammenstellung der für das Thema relevanten Adressen, Materialien und Internet-Links.

Die Studienergebnisse bestätigen die ausgeprägte Heterogenität der Zielgruppe. Es konnte jedoch festgestellt werden, dass trotz fehlenden übergreifenden Organisationsstrukturen in der Schweiz verschiedene Gruppierungen und Organisationen von Sub-Sahara MigrantInnen bestehen, an die die zielgruppenspezifische Präventionsarbeit anknüpfen kann. Dabei hat sich gezeigt, dass die sozialen Netzwerke durch informelle Kontakte über Schlüsselpersonen strukturiert sind. In der HIV/Aids-Prävention bei den Zielgruppen der Sub-Sahara MigrantInnen kommt deshalb der Zusammenarbeit mit Organisationen und Schlüsselpersonen auf Basis eines Vertrauensverhältnisses und insbesondere der mündlichen Kommunikation eine zentrale Bedeutung zu. Das bedeutet, dass die HIV/Aids-Präventionsarbeit partizipativ erfolgen und durch eine Sub-Sahara Migrantin/einen Sub-Sahara Migranten koordiniert werden muss. Die bestehenden Erfahrungen mit aufsuchender Arbeit mittels MediatorInnen sollen aufgenommen, müssen jedoch professionalisiert werden. Ferner müssen die bestehenden Organisationen und Organisationsstrukturen der Zielgruppen, insbesondere frauenspezifische Organisationen und Strukturen, sowie deren Präventionsansätze gefördert werden.

Die Studie zeigt weiter auf, dass Sub-Sahara MigrantInnen in der Schweiz einer relativ starken Stigmatisierung ausgesetzt sind, welche auf keinen Fall durch eine allfällige Assoziation mit Aids zusätzlich verstärkt werden darf. HIV/Aids ist in den Zielgruppen nach wie vor ein stark tabuisiertes Thema, so dass beispielsweise auch die Verbreitung der Infektion in der Schweiz kaum bekannt ist. Dies wird verstärkt durch die gängige Annahme, dass eine Person mit HIV/Aids als solche erkennbar sei, wobei die Infektion insbesondere mit Magerkeit („slim disease“) in Verbindung gebracht wird. Die Enttabuisierung von HIV/Aids stellt ein Hauptziel der Präventionsarbeit dar. Da sich Frauen und Männer teilweise in unterschiedlichen Formen

organisieren und in unterschiedlichen sozialen Räumen treffen, muss die geschlechtsspezifische Präventionsarbeit entsprechend situiert werden.

Da Kommunikation über Sexualität kaum über Geschlechtsgrenzen hinweg geschieht, ist ein geschlechtsspezifischer Ansatz, der auch die oft schlechte Position der Frauen im Aushandeln von safer sex berücksichtigt, zentral. Auf Grund der erhöhten Vulnerabilität von Frauen (höhere HIV-Prävalenz, grössere ökonomische und soziale Abhängigkeit, stärkere Stigmatisierung allgemein sowie im Zusammenhang mit Aids u.a. als potentielle Überträgerinnen der Infektion auf Kinder, Verstärkung des HIV-Risikos durch eine allfällige Genitalverstümmelung) muss jedoch unbedingt darauf geachtet werden, dass bei geschlechtsspezifischen Präventionsbotschaften eine zusätzliche Stigmatisierung von Frauen vermieden wird. Die Verantwortung der Männer muss hier betont werden.

Als Hauptproblem der Prävention bei von HIV/Aids betroffenen Personen hat sich gezeigt, dass die HIV-Infektion bei Sub-Sahara MigrantInnen meist erst spät entdeckt wird, im Allgemeinen erst durch Aids-Symptome oder auf Grund einer Schwangerschaft. Dies hängt primär mit der bereits erwähnten Tabuisierung, aber auch mit den absorbierenden Migrationsbedingungen und den Zugangsbarrieren zum schweizerische Gesundheitssystem zusammen. Zudem sind exogene Ursachenmodelle von Aids, welche die Infektion als eine Folge von sozialem Fehlverhalten thematisieren, gängig. Diese sind oft mit Therapieansätzen verbunden, welche primär auf die Behebung der sozialen Ursachen abzielen und somit nur bedingt oder ergänzend auf medizinische Massnahmen abstützen. Die medizinischen Möglichkeiten, der HIV-Test sowie die entsprechenden Beratungs- und Betreuungsangebote müssen bekannt und zugänglich gemacht werden. Ein Defizit an zielgruppenspezifischen Beratungsangeboten für Menschen mit HIV/Aids zeigt sich hier insbesondere im psychosozialen Bereich. Die erwähnten Ursachenmodelle und die nach wie vor starke Konnotation von HIV/Aids mit dem Tod fördern auch die Ausgrenzung Betroffener. Die Zielgruppen müssen für die Situation Betroffener sensibilisiert und Ausgrenzungsprozesse müssen thematisiert werden.

Erste Projektansätze in der Schweiz sowie insbesondere Projekte in Sub-Sahara Ländern und in europäischen Ländern zeigen Erfolge in der HIV/Aids-Prävention mit Personen aus der Sub-Sahara. Der Austausch mit Projekten in anderen Ländern sowie die Beteiligung an entsprechenden Netzwerken ist zentral, um gegenseitig von Erfahrungen zu profitieren und vorhandenes Präventionsmaterial gegebenenfalls zu übernehmen oder zu adaptieren. Eine internationale Zusammenarbeit im Bereich HIV/Aids muss zudem auch in der Entwicklungszusammenarbeit intensiviert werden, da HIV/Aids als globales Problem auch global angegangen werden muss.

### **Empfehlungen**

Für die Projektarbeit in der Schweiz empfehlen wir nebst der Förderung der transkulturellen Kompetenz in den Regelorganisationen sowie weiterführender Aktivitäten (z. B. Ausbau der Gesundheitsförderung in Asylunterkünften, Koordination BAG-DEZA, Forschungsschwerpunkt Migration im Nationalen Aids-Forschungsprogramm) eine auf Partizipation beruhende, längerfristig angelegte Projektarbeit mit Sub-Sahara MigrantInnen. Im Rahmen der Projektarbeit werden entsprechende Projekte und MediatorInnen national vernetzt und koordiniert. Diese Projektarbeit lässt sich entweder in die migrantInnenspezifische Präventionsarbeit des BAG, in die HIV/Aids-Präventionsstrukturen oder in die Strukturen eines Hilfswerk integrieren. Sie soll nicht ausschliesslich auf HIV/Aids fokussiert sein, sondern auch weitere Aspekte der Gesundheitsförderung und des Empowerments von MigrantInnen berücksichtigen.



## 3 Résumé (anglais)

### Introduction

The Rapid Assessment commissioned by the Swiss Federal Office of Public Health includes an intervention plan for HIV and AIDS prevention among Sub-Saharan African migrants in Switzerland. The project fills a gap, since there are not enough measures specifically targeting this group, which shows a relatively high rate of HIV.

### Methods

Qualitative methods were used, including interviews with key persons from the target group, discussions within focus groups, and participant observation. The opinions of the group representatives, of representatives of concerned institutions, and of researchers were taken into account. Networking between the different players was a major concern. Thanks to these approaches, i.e. direct involvement and networking, the study partly functioned as a form of action research.

### Results

The study provides an overview of the target group's socio-demographic characteristics, organisational structures, forms of communication, and media-relevant aspects. It points to the opportunities and difficulties of primary prevention for the entire group, and of prevention for people living with HIV/AIDS, with a special focus on gender-specific issues. It presents projects targeting this group that have been or are being implemented in Switzerland, in some of the target group's countries of origin, or in European countries, and relates relevant experiences. These considerations serve to establish the foundations of and possible scenarios for the projected interventions in Switzerland. Finally, there is a list of useful addresses, materials and Internet links.

The study outcome confirmed two things. For one, the target group is highly heterogeneous. Secondly, it lacks umbrella structures, but does possess a number of groups and organisations in Switzerland liable to host targeted prevention measures. The study highlighted the fact that social networks are structured via informal contacts between the key persons. Consequently, confidence-based cooperation with these key persons and organisations, particularly oral communication, are of paramount importance for HIV and AIDS prevention. This should be implemented in participant forms and coordinated by a migrant from the given region. Past experiences gathered through outreach work by mediators will have to be integrated, though in more professional form. Organisations and organisational structures that already exist, in particular those specific to women, and their approaches to prevention, will have to be actively promoted.

The study showed further that Sub-Saharan African migrants in Switzerland suffer severe stigma, a state of affairs that should under no circumstances be aggravated by their possible association with AIDS in the public eye. HIV and AIDS are issues that are still "swept under the carpet" within these communities. As a result, little is known about the spread of the pandemic in Switzerland also. This ignorance is made worse by the widespread assumption that a person living with HIV or AIDS is recognisable as such; infection is usually associated with weight loss ("slim disease"). Lifting these taboos should be one of the major objectives of primary prevention. Gender-specific prevention measures should be attentive to the fact that men and women often prefer different forms of organisation, and meet in different social settings.

Communication on sexuality rarely breaches gender boundaries. It is therefore particularly important to adopt a gender-specific approach that accounts for the weaker position of women when it comes to negotiating safer sex conditions. Since women are generally more vulnerable than men – they have higher HIV prevalence, are more dependent economically and socially, suffer greater stigma in general as well as in the AIDS context (one of the reasons being that they may transmit the infection to their children) and are at greater risk of HIV infection if they have been genitally mutilated – great care must be taken to ensure that gender-specific prevention messages do not saddle them with additional blame. Men's responsibility must be insisted upon.

Prevention is doubly difficult since in the Sub-Saharan African migrant community HIV is usually detected very late, during a pregnancy or with the appearance of the first symptoms of AIDS. This is due primarily to the above-mentioned taboo, but living conditions for migrants – which are often rough – and difficulties to access the Swiss health care system also contribute to the problem. Exogenous models explaining AIDS as an infection caused by socially deviant behaviour are common, and often go hand in hand with therapeutic approaches that concentrate on the social causes and include medical measures as a sideline only. Medical opportunities, the HIV test, and available counselling and care must be made known and accessible. There is a definite lack of target group specific counselling for people with HIV/AIDS, above all in the psychosocial sector. The above-mentioned explanatory models and the continuing strong connotation of HIV/AIDS with death further contribute to the exclusion of people with HIV/AIDS. Awareness of their situation within the target groups has to be raised, and the processes that cause people living with HIV and AIDS to be excluded must be pinpointed and openly discussed.

First projects in Switzerland, and particularly in countries in Sub-Saharan Africa and Europe, have achieved positive results. Exchanges with such projects abroad, and networking, are ways to mutually share past experiences for the common benefit, and to use or adapt available prevention material. International cooperation relative to HIV and AIDS should also be intensified at the level of development cooperation; HIV and AIDS are global problems and must be tackled globally.

### **Recommandations**

In Switzerland, we propose alongside measures to up transcultural sensibility within the health care system, and other activities (extending health promotion in shelters, improving coordination between the Swiss Federal Office of Public Health and the Swiss Agency for Development and Cooperation, establishing migration as a major focus within the National AIDS Research Programme), to implement a long term participant project with and for migrants from Sub-Saharan Africa. The project should attend to networking at national level and coordinate individual projects and mediators. It could be integrated within migrant-specific prevention by the Swiss Federal Office of Public Health, within HIV and AIDS prevention structures, or within a relief agency. In any case it should not concentrate exclusively on HIV and AIDS, and should take into account other relevant aspects of health promotion and empowerment of the migrant community in Switzerland.

---

## 4 Remerciements

La présente étude se fonde essentiellement sur les expériences et informations de nombreux spécialistes des domaines les plus divers, notamment d'organisations de migrants africains ainsi que d'organismes de la santé et de la recherche. Ces experts ont marqué l'étude de leur empreinte. Nous leur sommes profondément reconnaissants de leur soutien compétent et de leur collaboration stimulante.

Nous remercions chaleureusement l'Office fédéral de la santé publique d'avoir donné l'impulsion à l'étude et d'en assurer le financement.

Nous adressons nos vifs remerciements à Christiane Girardin de l'Institut d'Ethnologie de Berne pour son soutien, à la fois compétent et aimable, pour les questions administratives et techniques.

## 5 Introduction

L'Organisation mondiale de la santé postule le „Droit à la santé pour tous“, qui aurait dû être réalisé en l'an 2000 (OMS 1981). En Suisse, cet objectif n'a pas non plus été atteint pour toutes les couches de la population. La population migrante fait partie des groupes présentant globalement, par rapport à l'ensemble de la population, un état de santé moins bon et bénéficiant d'un accès plus difficile aux offres de prévention et de prise en charge. Pour que les migrantes et les migrants puissent faire valoir leur droit à la santé, leur participation à la vie sociale et politique doit être facilitée et encouragée. Des mesures de promotion spécifiques au domaine de la santé sont de plus indispensables.

Le présent rapport fournit, en application des directives de l'Office fédéral de la santé publique OFSP, les bases pour que puissent être lancées en Suisse de telles mesures de promotion de la santé à l'intention de la population migrante en provenance des régions subsahariennes. La prévention du VIH/sida constitue à cet égard l'axe prioritaire. Comme cela apparaîtra plus loin, ce thème ne saurait être abordé de manière isolée.

Les régions subsahariennes englobent, en reprenant la délimitation utilisée par le Joint United Nations Programme on HIV/AIDS UNAIDS (2000b), la totalité des pays africains à l'exception du Maroc (y compris le Sahara occidental), de l'Algérie, de la Tunisie, de la Libye, de l'Égypte et du Soudan. Il est bien clair que cette région très étendue ne présente pas de structures politiques et sociales homogènes et que la population concernée ne se définit pas elle-même sous le vocable „subsaharienne“. Une approche globale du projet est justifiée malgré le nombre relativement restreint de personnes migrantes subsahariennes en Suisse, mais l'hétérogénéité des migrant-e-s doit néanmoins être prise en compte.

Des nouveaux chiffres épidémiologiques de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP section toxicomanie et sida 2000) il ressort qu'en Suisse également, la population migrante subsaharienne est particulièrement touchée par le VIH/sida. Les offres de prévention spécifiques à l'intention de ce groupe sont pourtant peu nombreuses (Jeannin et al. 2000 : 29). Les taux comparativement élevés de personnes séropositives au sein de cette population reflètent la situation globale : c'est la population des pays de l'Afrique subsaharienne qui est la plus touchée, à l'échelle mondiale, par le VIH/sida (ONUSIDA 2000b). Bien que la problématique du VIH parmi la population migrante subsaharienne en Suisse ne puisse être abordée ainsi à l'échelle nationale seulement, les chiffres relativement élevés rendent prioritaire ce travail de prévention intensif et coordonné du VIH/sida auprès des personnes migrantes d'Afrique subsaharienne. La prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne en Suisse, comme dans les régions subsahariennes en Afrique, doit être soutenue par la Confédération conformément au postulat de l'OMS sur le droit à la santé pour tous. Ce thème doit être abordé de manière globale en intégrant à la fois des aspects socioculturels, juridiques, économiques et médicaux.

Lors de ce travail de prévention avec les personnes migrantes originaires des régions subsahariennes, il faut absolument éviter de renforcer encore leur stigmatisation par une association supplémentaire avec le sida. Cela est d'autant plus important que les Africaines et les Africains en Suisse sont déjà en butte à une stigmatisation et à une discrimination marquées (Mutombo 2000). Il existe de plus une tradition en Europe à associer cette stigmatisation avec l'idée que les Africains sont porteurs de maladies<sup>1</sup>. Du fait que le sida a,

<sup>1</sup> Pour des aperçus à ce sujet voir: McCombie 1990; Patton 1990; Packard et Epstein 1992; Treichler 1992; Comaroff 1993

au départ, été considéré en Europe comme une maladie importée, les migrants en provenance d'Afrique sont à nouveau partiellement désignés comme des vecteurs de maladie<sup>2</sup>.

Dans le cas du VIH/sida comme maladie sexuellement transmissible, ce stéréotype est encore renforcé et complété par le cliché de la sexualité africaine débridée. Les Africains, tant les hommes que les femmes, sont perçus comme sexuellement hyperactifs, représentation fondée sur des sentiments aussi contradictoires que la jalousie, la concurrence, la peur et la menace (Ezeoba 2000). La prévention du VIH/sida ne doit pas renforcer encore les deux stéréotypes profondément ancrés en Europe à propos de la maladie et de la sexualité des Africains.

La nécessité de mesures de prévention spécifiques pour la population migrante subsaharienne en Suisse ne repose pas sur un soi-disant comportement sexuel plus risqué, mais en premier lieu sur la prise en considération de situations de vie inhérentes à la migration de ces groupes de population, des facteurs nuisibles à la santé qui en résultent ainsi que sur le constat que les offres préventives et curatives du système de santé, adaptées spécifiquement à ce groupe de population, sont insuffisantes (Aids-Hilfe beider Basel 1999b).

La présente étude s'articule sur les visions et objectifs formulés dans le Programme national 1999-2003 (Somaini et al. 1999). Parmi les objectifs particulièrement pertinents pour les interventions planifiées figurent notamment<sup>3</sup>:

- „Objectif 4: Les jeunes et les adultes vivant en Suisse continuent d'être largement informés sur les situations à risques et les comportements adéquats (...).
- Objectif 6: L'accent est mis sur les groupes et personnes vulnérables. On élaborera des offres de prévention spéciales à leur intention afin d'obtenir des effets plus durables.
- Objectif 8: On communiquera régulièrement l'importance des possibilités diagnostiques et thérapeutiques et leur corrélation avec la prévention.
- Objectif 9: Dès 2002, les compétences des personnes séropositives vivant avec le VIH sont à ce point développées que presque toutes sont capables de décider de la thérapie la plus appropriée à leur qualité de vie.
- Objectif 10: A fin 2001, 90% des personnes séropositives savent se procurer le conseil ou le soutien qui correspondent à leurs problèmes.
- Objectif 11: Désignation des organisations ou instances qui seront à disposition des organisations cantonales et locales et des autres instances comme organes de coordination et plaques tournantes de l'information pour d'importants domaines du VIH/sida.
- Objectif 13: La collaboration internationale dans le domaine du VIH/sida est adaptée aux besoins actuels et futurs, aux niveaux multinational et bilatéral.
- Objectif 14: A fin 2001, toutes les organisations/instances actives dans le domaine VIH/sida et qui sont subventionnées par les pouvoirs publics ont introduit un management de la qualité.“ (Somaini et al. 1999: 33-37)

<sup>2</sup> Nel van Beelen: HIV/AIDS and Migration - Specific needs and appropriate interventions in the field of policies, prevention and care. Satellite meeting at the 13th International AIDS Conference (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

<sup>3</sup> Les objectifs énumérés ici élargissent le choix des objectifs, définis comme pertinents pour le domaine de la migration, dans l' Evaluation du programme national VIH et sida (Jeannin et al. 2000: 74) aux objectifs 9, 10 et 13. Ceux-ci se sont révélés très importants dans notre étude.

## 5.1 Structure du rapport

Ce rapport est destiné principalement à mettre en évidence des stratégies d'intervention possibles et les hypothèses qui les sous-tendent.

Alors que les priorités, du point de vue du contenu du travail de prévention, sont régulièrement exprimées sous forme de recommandations dans les chapitres correspondants, nous résumons dans le chapitre 13 les bases à notre avis les plus importantes pour un travail de prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne et proposons des scénarios concrets en vue de l'élaboration de projets.

→ **Du point de vue formel, les recommandations sont signalées par des flèches, écrites en caractères gras et numérotées.**

**Le contenu du rapport est subdivisé en sept parties principales:**

- Le **chapitre 7** présente les groupes cibles du point de vue sociodémographique, de leurs structures d'organisation, des formes de communication et des médias qu'ils produisent.
- Le **chapitre 8** traite des possibilités et des problèmes de la prévention primaire au sein des groupes cibles.
- Le **chapitre 9** traite des possibilités et des problèmes de la prévention parmi la population migrante subsaharienne séropositive.
- Les **chapitres 10 à 12** présentent des projets existants et des expériences tirées de projets en cours, plus précisément en Suisse pour le **chapitre 10**, dans les pays subsahariens pour le **chapitre 11** et dans les pays européens pour le **chapitre 12**. Cette présentation vise à permettre de rattacher les projets planifiés à des expériences déjà en cours et à les mettre en réseau avec des structures existantes.
- Les bases, les scénarios des projets et les démarches complémentaires recommandées sont présentés au **chapitre 13**.

**Une partie informative du rapport contient les renseignements suivants:**

- Une liste de matériel (**chapitre 14**) avec des indications sur les vidéos, le matériel spécifique pour la prévention, pour l'information et pour la formation continue.
- Une liste d'adresses d'organisations de migrant-e-s africain-e-s en Suisse ainsi que des adresses de contact en Europe (**chapitre 15**).
- Une liste de liens Internet (**chapitre 16**) correspondant à des organisations, institutions, projets et réseaux internationaux.
- Un fichier d'adresses distinct - commenté et constitué, pour garantir la protection des données, à l'intention exclusive de l'OFSP et pour usage interne - comporte environ 50 adresses de personnes-clés d'organisations émanant des groupes cibles et d'institutions suisses, européennes et extra-européennes, avec lesquelles nous avons conduit des entretiens.

## 6 Déroulement de l'étude et méthodes

L'étude a été menée conformément aux directives de l'Office fédéral de la santé publique et en fonction de la durée, brève, du projet (4.5 mois, deux postes à 50%) sous la forme d'une évaluation rapide (Manderson und Aaby 1992). L'accent a été mis sur des méthodes et des approches ethnologiques. Contrairement à des approches épidémiologiques par exemple, ce mode de faire a eu pour effet que les représentants des groupes cibles et ceux des institutions concernées par le thème ont été sollicités à exprimer leurs points de vue et thèmes et ont contribué ainsi à infléchir le déroulement de l'étude. Une quantification des résultats par exemple n'a en revanche pas été envisagée. Une importance particulière a été attachée à l'identification de personnes-clés et de partenaires potentiels des projets et à la mise en réseau de ces personnes. Ce travail a contribué à promouvoir le thème du projet au sein des organisations des groupes cibles et des institutions suisses et à mettre en réseau les différents acteurs. A ce propos, l'étude sur la collaboration avec des personnes-clés représente déjà, indirectement, une première intervention.

### **Recommandation 1**

➔ **La stimulation de l'intérêt pour le thème suscité par l'étude et les contacts noués dans ce cadre doivent encore être favorisés. La mise en œuvre des projets doit donc commencer dès que possible.**

Dans la pratique, les méthodes suivantes ont été appliquées:

### **Interviews de personnes-clés**

Nous avons mené au total 23 interviews de face à face et 23 interviews par téléphone de personnes-clés, représentant les domaines suivants:

1. Représentant-e-s d'associations, d'organisations, etc. de la population migrante subsaharienne
2. Représentant-e-s d'institutions en contact avec la population migrante subsaharienne et/ou actifs dans la prévention du VIH auprès des personnes migrantes
3. Chercheuses et chercheurs dans le domaine du migration et VIH

L'accès à des personnes séropositives étant très limité dans le cadre d'une évaluation rapide, et rendu encore plus difficile par l'isolement des personnes concernées, cet aspect a été traité en premier lieu par le biais de personnes de référence et assurant des prises en charge.

### **Discussions au sein de groupes cibles avec des personnes-clés et des institutions-clés**

- Groupe cible 1, Discussion des interrogations et des domaines relatifs au thème avec 14 personnes-clés des domaines sus-mentionnés, Berne, 20.9.2000 (→ procès-verbal en annexe)
- Groupe cible 2, Discussion de l'analyse des problèmes et de stratégies d'intervention possibles avec cinq représentants d'organisations de personnes migrantes subsahariennes, Berne, 8.12.2000

## Brève étude exploratrice

Observation participative et conduite d'atelier lors de la formation continue à l'intention des médiatrices et des médiateurs du projet Barfüsser (APiS) de l'Aide Suisse contre le Sida le 14/15 octobre 2000.

## Participation à des sessions et à des ateliers

- Participation à la discussion au sein des groupes cibles, „actions centrées sur la communauté, spécifiques aux groupes cibles“, dans le cadre de l'élaboration d'un document stratégique migration et santé 2001-2005, Forum suisse pour l'étude des migrations, Berne, 1<sup>er</sup> septembre 2000
- Présentation de l'étude sous forme de posters et d'exposés, participation à des sessions et ateliers à propos de „sexe et comportements à risques“ et „politique de la santé participative“ lors de la session „recherche sur le VIH/sida en Suisse dans les domaines des sciences sociales et de la santé publique“, Commission spécialisée 'sida' du Fonds national suisse (FNS), Thoune, 9/10 novembre 2000

## Publications

Afin de lancer la réflexion dans les institutions suisses sur le thème de la prévention du VIH parmi la population migrante subsaharienne, nous avons publié un descriptif de l'étude dans la revue „Suisse - Sida - Recherche“ (novembre 2000) du Fonds national suisse et avons rédigé un article pour le numéro à paraître au printemps 2001 sur le thème „Genre et racisme“ de la revue „Tangram“ de la Commission fédérale contre le racisme. Un bref article sur l'étude sera publié de plus dans la revue „spectra“ de l'OFSP.

# 7 Groupes cibles

## 7.1 Aperçu sociodémographique des groupes cibles

Selon Ezeoba, d'un point de vue historique, la migration des Africains en Suisse peut en gros se subdiviser en trois phases: Dans une première phase, soit entre 1960 et 1975, ce sont surtout des étudiants africains à la recherche de possibilités de formation qui ont immigré. La deuxième phase, entre 1975 et 1985, a été marquée par l'essor du tourisme européen vers l'Afrique. De nombreux immigrants ayant noué des contacts avec l'Europe par l'intermédiaire des touristes migraient fréquemment en qualité de partenaires d'Européens. Après 1985, les requérants d'asile et les réfugiés sont devenus un des principaux groupes de migrants africains. Ils fuyaient les guerres, les dictatures, la faim et les problèmes économiques. Alors que les étudiants de la première phase d'immigration avaient encore trouvé une situation relativement bonne en Suisse, les requérants d'asile sont défavorisés tant du point de vue économique que sociopolitique. Ils ont un statut de séjour en Suisse très précaire et se retrouvent situés à l'échelon le plus bas du marché du travail, si tant est qu'ils soient autorisés à travailler. Ils sont en outre la principale cible des préjugés et du racisme. (Ezeoba 2000)

La population résidente étrangère stable en provenance de l'Afrique subsaharienne en Suisse a fortement augmenté au cours des dernières années, avec une progression passant de 9'666 personnes en 1990 (OFSP section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP



section toxicomanie et sida 2000) à 20'589 personnes en 1999<sup>4</sup>, tout en restant relativement modeste par rapport à d'autres groupes de migrants. Son nombre effectif est cependant nettement plus élevé et davantage soumis à de fortes fluctuations. Les chiffres mentionnés plus haut ne comprennent en effet pas les requérants d'asile ni les personnes au bénéfice d'un statut provisoire ni les migrants en situation illégale.

S'appuyant sur les données de l'Office fédéral de la statistique OFS, le rapport présente ci-après un aperçu sociodémographique de la population migrante subsaharienne en Suisse. Le tableau 1 fait figurer, selon le pays et la région d'origine, tous les migrants du Sahara. Les indications suivantes sont en revanche subdivisées en fonction du statut: domaine de l'asile (7.1.1) ou population résidente stable (7.1.2). Les données de l'OFS ne permettent pas de donner des renseignements sur les migrant-e-s en situation illégale.

---

<sup>4</sup> Toutes les données pour l'année 1999 (état au 31 décembre 1999), rassemblées par Madame Esther Salvisberg, nous ont été aimablement fournies par l'Office fédéral de la statistique.

**Tableau 1: Population résidente étrangère en provenance des régions subsahariennes selon la nationalité et le statut en 1999**

Nationalité	Etat au 31 décembre							
	Statut de séjour							
	Total	Résid. à l'année (Permis B)	Etablis (Permis C)	Séj. de courte dur (≥ 12 mois) (Permis L)	Internationaux Fonctionnaires & Diplomates	Séj. de courte dur (< 12 mois) (Permis L)	Requérants d'asile (Permis N)	Admission provisoire (Permis F)
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>32 821</b>	<b>10 058</b>	<b>6 535</b>	<b>66</b>	<b>2 291</b>	<b>172</b>	<b>6 953</b>	<b>6 746</b>
<b>Afrique de l'Est</b>	<b>~12 990</b>	<b>2 782</b>	<b>~2 215</b>	<b>11</b>	<b>854</b>	<b>49</b>	<b>~2 260</b>	<b>~4 820</b>
Burundi	340	144	84	-	25	+	25	61
Comores	+	+	-	-	-	-	+	-
Djibouti	+	+	+	-	+	-	-	-
Erythrée	1 252	389	140	-	21	-	626	76
Ethiopie	2 107	346	458	+	150	+	1 048	98
Kenya	991	465	350	+	142	13	9	8
Madagascar	389	254	66	+	60	+	+	-
Malawi	22	+	-	-	18	-	-	-
Ile Maurice	855	358	432	-	59	+	+	-
Mozambique	42	16	14	-	9	-	+	+
Ruanda	582	219	102	-	25	+	61	169
Seychelles	91	41	43	-	+	+	-	-
Somalie	5 569	369	321	+	+	+	465	4 407
Tanzanie	226	58	35	-	126	+	+	-
Ouganda	255	42	106	+	90	+	11	+
Zambie	74	18	-	+	53	+	-	-
Zimbabwe	186	54	64	+	63	+	-	-
<b>Afrique Centrale</b>	<b>~10 820</b>	<b>3 708</b>	<b>~2 175</b>	<b>12</b>	<b>284</b>	<b>42</b>	<b>~2 720</b>	<b>~1 880</b>
Angola	4 153	951	407	+	39	+	1 097	1 655
Cameroun	1 680	957	442	+	109	27	138	-
Rép. Centrafricaine	26	12	+	-	+	-	+	-
Tchad	62	25	27	+	+	-	+	+
Congo	377	178	65	+	45	+	84	+
Congo dém.	4 447	1 556	1 201	+	70	7	1 388	223
Guinée Equatoriale	14	+	9	-	-	+	+	-
Gabon	62	25	17	-	15	+	+	-
São Tome & Principe	+	+	-	-	-	-	-	-
<b>Afrique du Sud</b>	<b>~1 030</b>	<b>629</b>	<b>~210</b>	<b>25</b>	<b>139</b>	<b>19</b>	<b>+</b>	<b>+</b>
Botswana	7	+	-	-	+	-	-	-
Lesotho	11	+	+	-	8	-	-	-
Namibie	19	10	+	-	+	-	-	-
Afrique du Sud	982	614	200	25	114	19	+	+
Swaziland	12	+	+	-	+	-	-	-
<b>Afrique de l'Ouest</b>	<b>~7 980</b>	<b>2 939</b>	<b>~1 935</b>	<b>18</b>	<b>1 014</b>	<b>62</b>	<b>~1 970</b>	<b>~40</b>
Bénin	137	72	38	-	22	+	+	-
Burkina Faso	185	85	24	+	28	+	42	-
Cap Vert	957	346	603	-	7	+	-	-
Côte d'Ivoire	791	356	179	+	150	27	77	+
Gambie	160	117	18	-	15	+	9	-
Ghana	1 215	408	471	+	284	+	44	+
Guinée-Bissau	235	17	13	-	+	-	200	+
Guinée	588	158	56	-	24	+	345	+
Liberia	192	52	49	-	12	+	60	16
Mali	182	56	27	+	19	+	78	-
Mauritanie	120	21	9	+	17	-	72	-
Niger	35	28	+	-	+	-	+	-
Nigeria	1 202	589	138	+	235	9	216	10
Sénégal	794	421	184	+	158	+	18	+
Sierra Leone	778	24	24	+	30	-	697	+
Togo	407	189	100	+	7	+	108	+

Les chiffres allant de 1 à 6 ont été remplacés par des + pour garantir la protection des données. Pour les mêmes raisons, certains chiffres sont arrondis (~).

Le tableau 1 donne un aperçu, à propos du statut, de la répartition de l'ensemble (y compris les demandeurs d'asile) des 33'000 personnes en provenance des pays subsahariens, vivant en Suisse à fin 1999. La région de provenance la plus fortement représentée est l'Afrique de l'Est (n~12990), suivie par l'Afrique Centrale (n~10'820) et l'Afrique de l'Ouest (n~7'980). Avec ~1'030, la zone sud-africaine est relativement peu représentée, la plupart des personnes de cette région étant ressortissantes d'Afrique du Sud même. La majorité des migrants-e-s sont originaires de la Somalie, du Congo démocratique (ancien Zaïre) et d'Angola. Alors que la majorité des migrants-e-s somaliens font partie des personnes admises, les personnes originaires du Congo démocratique et d'Angola se répartissent entre détenteurs de permis C, demandeurs d'asile et personnes admises provisoirement. D'autres pays de provenance comptant 1000 migrants et plus sont, par ordre décroissant, l'Ethiopie, le Cameroun, l'Erythrée, le Ghana, le Nigeria, le Kenya et l'Afrique du Sud.

**Recommandation 2**

- ➔ **Le travail de prévention et les prestations des médiatrices et médiateurs devraient au moins atteindre les communautés subsahariennes les plus fortement représentées en Suisse ( (Afrique de l'Est: la Somalie; Afrique Centrale: le Congo, l'Angola; Afrique de l'Ouest: le Ghana, le Nigeria)**

### 7.1.1 Domaine de l'asile

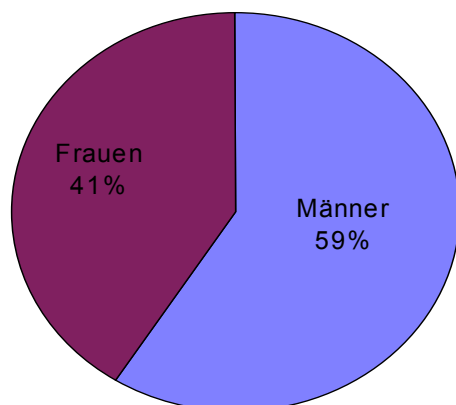
**Tableau 2: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon la nationalité, le sexe et l'âge en 1999**

Nationalité	Effectif des personnes en situation d'asile (Permis F et N) au 31 décembre							
	Total	Sexe		Age				
		Hommes	Femmes	0-14 ans	15-19 ans	20-39 ans	40-64 ans	65-79 ans
<b>Afrique subsaharienne</b>	<b>13 699</b>	<b>8 075</b>	<b>5 624</b>	<b>3 934</b>	<b>1 825</b>	<b>6 776</b>	<b>1 105</b>	<b>57</b>
<b>Afrique de l'Est</b>	<b>7 077</b>	<b>3 688</b>	<b>~3 390</b>	<b>~2 345</b>	<b>~720</b>	<b>~3 275</b>	<b>~ 690</b>	<b>~45</b>
Burundi	86	40	46	11	+	58	13	-
Comores	+	+	-	-	-	+	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-
Erythrée	702	369	333	215	39	355	91	+
Ethiopie	1 146	597	549	101	128	868	49	-
Kenya	17	8	9	+	+	8	-	-
Madagascar	+	+	-	-	-	-	+	-
Malawi	-	-	-	-	-	-	-	-
Ile Maurice	+	+	-	-	-	-	+	-
Mozambique	+	+	-	-	-	+	-	-
Ruanda	230	123	107	73	28	106	23	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalie	4 872	2 534	2 338	1 936	514	1 861	514	43
Tanzanie	+	+	-	-	-	+	-	-
Ouganda	13	+	7	+	+	8	-	-
Zambie	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Afrique Centrale</b>	<b>4 602</b>	<b>2 546</b>	<b>~2 055</b>	<b>~1 515</b>	<b>~320</b>	<b>~2 400</b>	<b>~360</b>	<b>~10</b>
Angola	2 752	1 553	1 199	1 031	161	1 341	217	+
Cameroun	138	72	66	8	18	106	+	-
Rép. Centrafricaine	+	+	+	-	-	+	-	-
Tchad	8	8	-	-	-	8	-	-
Congo	87	57	30	21	+	54	7	-
Congo dém.	1 611	853	758	453	133	887	131	7
Guinée Equatoriale	+	+	-	-	-	+	-	-
Gabon	+	-	+	-	+	+	-	-
São Tome et Principe	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Afrique du Sud</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>-</b>
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibie	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrique du Sud	10	7	+	+	+	+	+	-
Swaziland	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Afrique de l'Ouest</b>	<b>2 010</b>	<b>1 834</b>	<b>~175</b>	<b>~75</b>	<b>~790</b>	<b>~1 095</b>	<b>~50</b>	<b>-</b>
Bénin	+	+	+	-	-	+	-	-
Burkina Faso	42	33	9	+	+	31	+	-
Cap Vert	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	78	61	17	+	10	66	+	-
Gambie	9	7	+	+	-	+	-	-
Ghana	46	26	20	11	+	22	12	-
Guinée-Bissau	202	201	+	+	96	104	+	-
Guinée	347	332	15	7	176	157	+	-
Liberia	76	63	13	+	14	50	7	-
Mali	78	78	-	+	28	48	+	-
Mauritanie	72	72	-	-	29	42	+	-
Niger	+	+	-	-	-	+	-	-
Nigeria	226	192	34	17	17	183	9	-
Sénégal	20	14	+	+	+	16	+	-
Sierra Leone	699	672	27	10	407	279	+	-
Togo	109	78	31	12	+	86	7	-

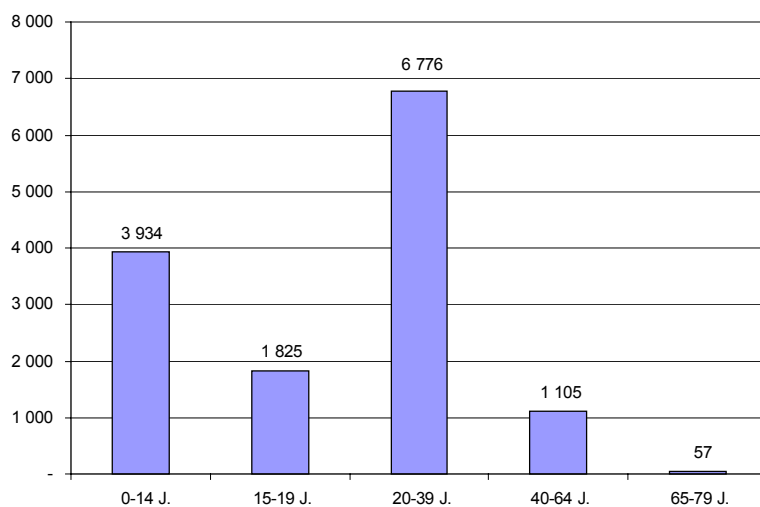
Les chiffres allant de 1 à 6 ont été remplacés par des + pour garantir la protection des données. Pour les mêmes raisons quelques chiffres sont arrondis (~).

En 1999, 6'953 demandeurs d'asile et 6746 personnes admises provisoirement en provenance des régions subsahariennes, vivaient en Suisse (( tableau 1 précédent), ce qui donne au total 13'699 personnes relevant du domaine de l'asile. Comme le fait apparaître le tableau 2, dans le domaine de l'asile les régions de provenance sont représentées, du point de vue des chiffres, dans le même ordre que la population résidente étrangère globale: la plus grande partie des personnes relevant du domaine de l'asile sont originaires de l'Afrique de l'Est (n=7'077), suivie par les ressortissants de l'Afrique Centrale (n=4'602) et par ceux de l'Afrique de l'Ouest (n=2'010). L'Afrique du Sud (n=10) n'est guère représentée dans le domaine de l'asile. La répartition par pays montre que la Somalie (n=4'872) est nettement la plus représentée, suivie de l'Angola (n=2'752), du Congo démocratique (n=1'611) et de l'Ethiopie (n=1'146).

### Graphique 1: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon le sexe en 1999

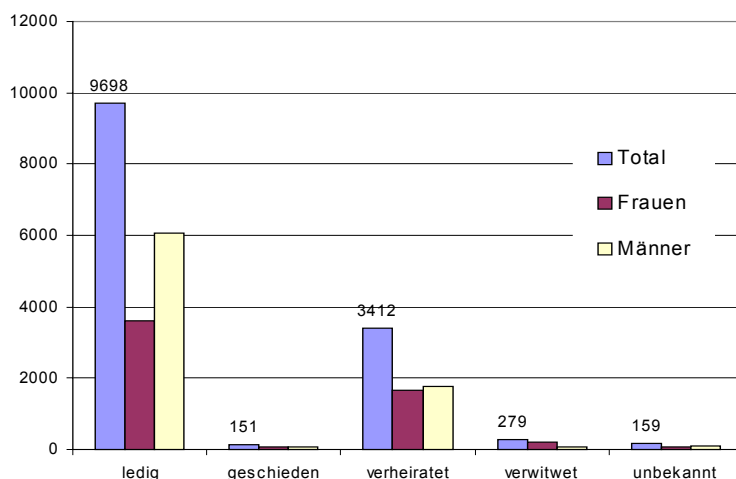


A la différence de la population résidente stable originaire de l'Afrique subsaharienne (Graphique 5), celle relevant du domaine de l'asile n'est pas répartie de manière équilibrée du point de vue du sexe. Les hommes (59%, n=8'075) ont immigré en Suisse en nombre plus élevé que les femmes (41%, n=5'624). Comme le fait apparaître le tableau 2, cette inégalité de répartition selon le sexe doit être imputée en premier lieu à la migration en provenance de l'Afrique de l'Ouest. 1'834 hommes se sont expatriés de cette région, contre ~175 femmes seulement. La migration des hommes en provenance d'Afrique de l'Est et d'Afrique Centrale a également été supérieure à celle des femmes, mais avec un écart comparativement minime en l'occurrence.

**Graphique 2: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon l'âge en 1999**

La répartition selon l'âge des personnes relevant du domaine de l'asile est en gros comparable à celle de la population résidente étrangère stable (Graphique 6). Elle met en évidence une pointe pour les personnes âgées de 20 à 39 ans ( $n=6\,776$ ). Les enfants entre 0 et 14 ans ( $n=3\,934$ ) sont également relativement fortement représentés. Comme il ressort du tableau 2, l'Afrique de l'Ouest comme région de provenance montre ici encore une structure démographique distincte des autres régions subsahariennes: les enfants âgés de 0 à 14 ans originaires des régions d'Afrique de l'Est et d'Afrique Centrale sont relativement nombreux, alors que les enfants âgés de 0 à 14 ans ( $n\sim 75$ ) en provenance d'Afrique de l'Ouest sont peu représentés. La classe d'âge des 15 à 19 ans en provenance d'Afrique de l'Ouest ( $n\sim 790$ ) est en revanche proportionnellement sensiblement mieux représentée que la même classe d'âge en provenance d'autres régions.

**Graphique 3: Personnes relevant du domaine de l'asile en provenance des régions subsahariennes selon l'état civil en 1999**



Un quart des personnes relevant du domaine de l'asile au total (24.4%, n=3'413) sont mariées. Cette part est nettement moins importante que parmi la population résidente stable originaire du Sahara (Graphique 8). Les personnes restantes sont en majorité célibataires (n=9'698). Les personnes divorcées, veuves, ou dont l'état civil est inconnu sont relativement peu nombreuses.

Du point de vue de l'état civil également, l'Afrique de l'Ouest présente à nouveau une structure démographique quelque peu distincte de celle des autres régions subsahariennes: Alors que 28.1% des personnes en provenance d'Afrique de l'Est et 27.1% des personnes en provenance d'Afrique Centrale sont mariées, la part correspondante des personnes originaires d'Afrique de l'Ouest culmine à 8.9% seulement (tableau non présenté).

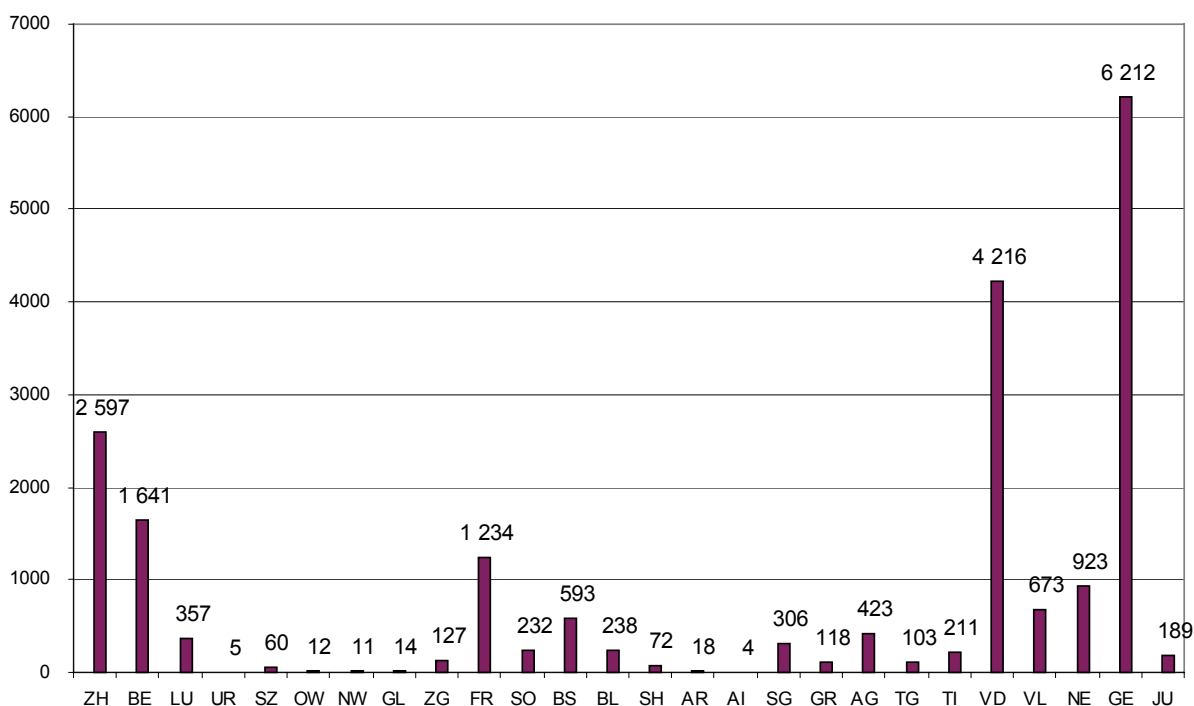
L'Afrique de l'Ouest se distingue donc de la manière suivante: premièrement davantage d'hommes, deuxièmement moins d'enfants âgés de 0 à 14 ans et troisièmement moins de personnes mariées ont migré en Suisse de cette région comme demandeurs d'asile que des autres régions subsahariennes. L'immigration composée de demandeurs d'asile en provenance d'Afrique de l'Ouest comprend surtout des hommes âgés de 15 à 39 ans, voyageant seuls. Dans le cas de l'Afrique Centrale et de l'Afrique de l'Est, la part relativement équilibrée de femmes et d'hommes, la part plus importante de personnes mariées et un nombre élevé d'enfants, donnent à penser que la proportion de couples et de familles parmi les migrant-e-s relevant du domaine de l'asile est plus élevée.

### Recommandation 3

➔ **Les différences sur le plan de la composition démographique selon les régions de provenance des personnes relevant du domaine d'asile (en premier lieu les hommes voyageant seuls d'Afrique de l'Ouest, les nombreux couples et familles en provenance d'Afrique Centrale et d'Afrique de l'Est) doivent être prises en compte dans le travail de prévention.**

## 7.1.2 Population résidente stable

**Graphique 4: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon le canton de domicile en 1999**

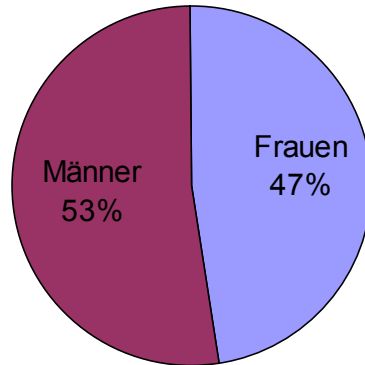


Parmi la population résidente étrangère stable en Suisse, on comptait en 1999 20'589 personnes en provenance des régions subsahariennes. La répartition par cantons de la population résidente étrangère stable en provenance du Sahara montre clairement que la majorité des migrant-e-s sont domicilié-e-s à Genève ( $n=6'212$ ) et dans le canton de Vaud ( $n=4'216$ ), soit près de la moitié de tous les migrants subsahariens. Cette part est sensiblement plus élevée que dans le cas d'autres groupes de migrants: En moyenne, un petit tiers seulement de l'ensemble des étrangers vivent en Suisse romande (Heiniger 2000). Les cantons de Fribourg et Neuchâtel font également partie des cantons affichant les chiffres les plus élevés de migrants subsahariens. En Suisse alémanique, c'est dans les cantons de Zurich ( $n=2'597$ ) et de Berne ( $n=1'641$ ) que vivent la majorité des personnes migrantes subsahariennes bénéficiant d'un domicile permanent.

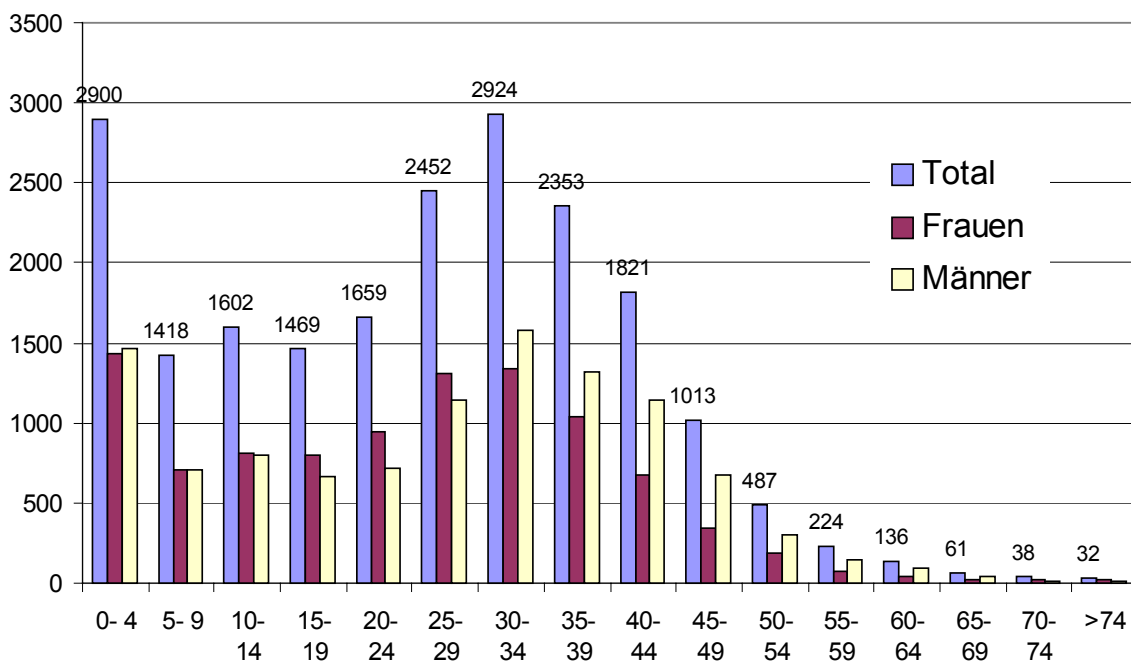
### Recommandation 4

→ Une part importante du travail de prévention doit se faire dans les cantons de Genève et Vaud. En Suisse alémanique, ce sont les cantons de Zurich et Berne qui doivent être pris en compte en priorité.



**Graphique 5: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon le sexe en 1999**

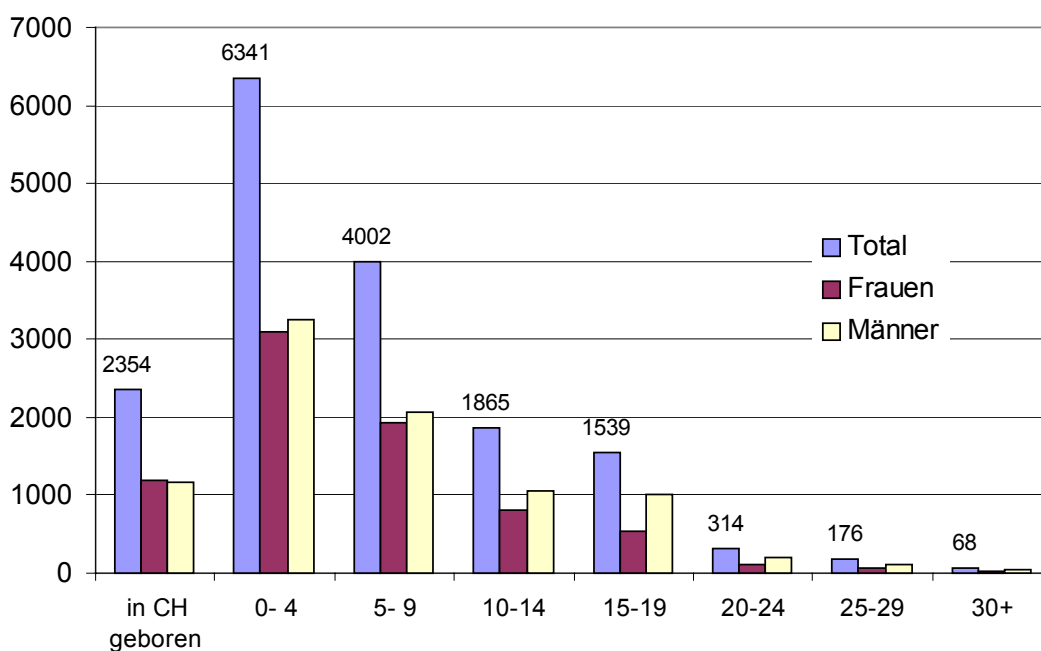
La répartition de la population résidente stable originaire du Sahara selon le sexe est très équilibrée, contrairement à celle des personnes relevant du domaine de l'asile (Graphique 1) : Avec 47% (n=9'777) les femmes constituent une part légèrement inférieure seulement à celle des hommes avec 53% (n=10'812).

**Graphique 6: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon l'âge et le sexe en 1999**

La répartition selon l'âge de la population résidente étrangère stable originaire des régions subsahariennes est comparable à celle des personnes relevant du domaine de l'asile (Graphique 2). La courbe selon l'âge de la population résidente étrangère stable présente un pic chez les personnes âgées de 30 à 34 ans ( $n=2'924$ ). Les femmes de la classe d'âge des 10 à 29 ans sont légèrement surreprésentées, alors que chez les hommes une surreprésentation apparaît dans les classes d'âge à partir de 30ans. Les hommes sont ainsi probablement un peu plus âgés en moyenne que les femmes.

Un second pic dans la répartition selon l'âge se manifeste chez les 0 à 4 ans ( $n=2'900$ ). Un bon tiers ( $n=7'389$ ) de toute la population résidente étrangère stable est âgé de 0 à 19 ans. On peut déduire de ces chiffres qu'une partie de ces enfants sont des migrants nés en Suisse (Graphique 7) et sont donc de la 2<sup>ème</sup> (ou de la 3<sup>ème</sup>) génération.

**Graphique 7: Résidents à l'année et établis (RCE seulement) en provenance des régions subsahariennes selon la durée de séjour et le sexe en 1999**



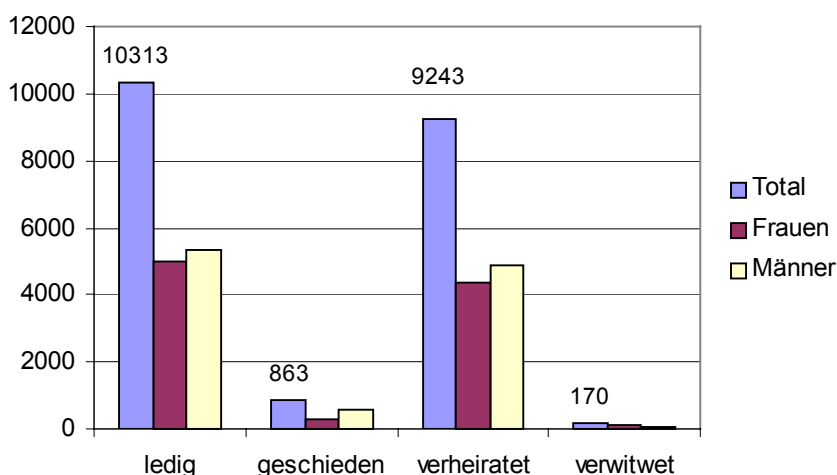
La forte augmentation du nombre de personnes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne au cours de ces dix dernières années a des répercussions sur les durées de séjour en Suisse : Le principal groupe des résidents à l'année et des personnes établies recensé dans le registre central des étrangers RCE<sup>5</sup> vit en Suisse depuis 0 à 4 ans seulement ( $n=6'341$ ). Plus la durée de séjour augmente plus les groupes représentés sont petits : 4'002 personnes sont en Suisse depuis 5 à 9 ans, 1'865 personnes depuis 10 à 14 ans, etc. On compte au total 2354 personnes nées en Suisse et donc faisant partie de la 2<sup>ème</sup> (voire de la 3<sup>ème</sup>) génération de migrants.

<sup>5</sup> Le nombre de personnes recensées dans le RCE est légèrement inférieur à celui de la population résidente étrangère stable, celle-ci étant augmenté par ce qu'il est convenu d'appeler un „effectif complémentaire“, non recensé dans le RCE (Heiniger et al. 2000: 51).

Considérant que ces chiffres n'englobent pas la totalité des demandeurs d'asile et des personnes au bénéfice d'une autorisation provisoire - et dont on peut admettre que la durée de séjour est relativement courte - on peut estimer qu'une grande partie des migrants subsahariens vit en Suisse depuis moins de dix ans.

Dans le travail de prévention il faut donc partir du constat que pour un grand nombre de personnes migrantes subsahariennes, la durée du séjour étant relativement brève, le degré d'intégration (connaissances de la langue, connaissance des institutions et de bureaux/centres de consultation, participation sociale, etc.) est plutôt faible.

### Graphique 8: Population résidente étrangère stable en provenance des régions subsahariennes selon l'état civil et le sexe en 1999



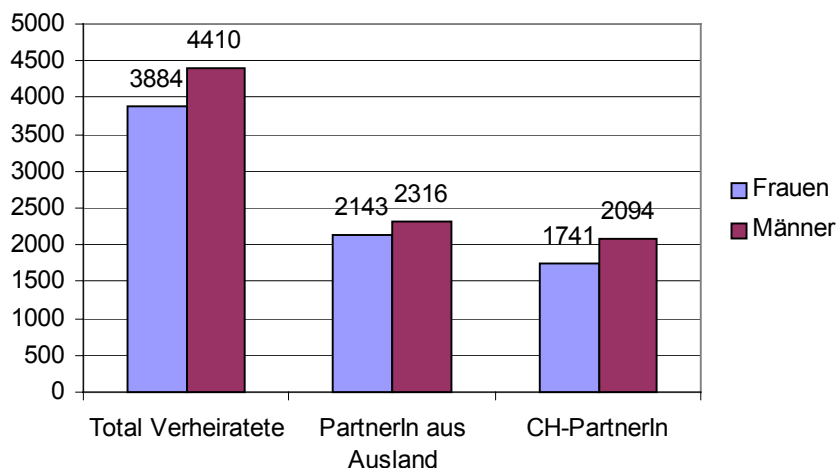
La population résidente étrangère stable originaire du Subsahara se compose à parts sensiblement égales de personnes célibataires (n=10'313) et de personnes mariées (n=9'243). Considérant que 7'389 personnes sont âgées de moins de 20 ans et sont donc probablement en majorité célibataires, on peut supposer que parmi les personnes âgées de plus de 20 ans les célibataires ne sont pas plus de 3'000. Une majorité de personnes parmi la population résidente stable adulte est donc mariée.

#### Recommandation 5

→ La prévention du VIH au sein du couple et du mariage doit être traitée comme thème<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Voir à ce propos ONUSIDA (2000b: 79-81)

**Graphique 9: Résidents à l'année et établis, mariés (RCE seulement) en provenance des régions subsahariennes selon l'origine du/de la partenaire et le sexe en 1999**



Le graphique 9 considère les personnes mariées (dont le nombre total de 8294 est légèrement inférieur à celui du graphique 8 ci-dessus du fait que les données proviennent du Registre central des étrangers CAR) selon l'origine du/de la partenaire. Sur l'ensemble, un peu plus de la moitié des personnes mariées – tant les hommes que les femmes – ont un/une partenaire d'origine étrangère. Parmi les 3884 femmes mariées, 2143 ont un partenaire de nationalité étrangère et 1741 un partenaire suisse. Parmi les 4410 hommes mariés, 2316 ont une partenaire de nationalité étrangère et 2094 une partenaire suisse. Nos données ne nous permettent pas de déterminer dans quelle mesure les partenaires de nationalité étrangère ont pour épouse/époux une/un compatriote et dans quelle mesure il s'agit de mariages binationaux.

#### **Recommandation 6**

→ **Dans le travail de prévention il s'agit d'aborder aussi bien le cas des couples binationaux que celui des couples composés de personnes de même origine.**

## 7.2 Structures d'organisation dans les groupes cibles

Les personnes migrantes originaires du Sahara constituent un groupe très hétérogène du point de vue de leurs pays d'origine. Le faible degré d'organisation qui résulte de cette hétérogénéité et que l'on mentionne souvent, doit toutefois être relativisé du fait que le travail de prévention ne devrait pas seulement prendre en compte des formes d'organisation formelle correspondant aux critères suisses comme par exemple des associations. De nombreuses formes d'organisation passent par des canaux informels et/ou sont liées à des personnes-clés. Le principe d'organisation sous-jacent se base sur des relations personnelles, sur la confiance et l'amitié. Cela s'explique non seulement par des raisons culturelles, mais, pour certains pays

d'origine, également par des raisons politiques: les personnes ayant vécu sous des dictatures sont en effet souvent imprégnées par la méfiance à l'égard des institutions et manifestent des réserves face à une organisation formelle, du fait que celle-ci peut s'avérer dangereuse. Cette méfiance peut être encore renforcée face aux institutions suisses à cause du statut souvent précaire. A l'inverse, certains groupes d'intérêt s'organisent autour de leurs intérêts politiques (Mpembele 1999); cette organisation est donc dépendante des évolutions politiques dans les pays d'origine.

Comme exemple de mode d'organisation informel on peut citer les tournois de football entre Congolais mis sur pied chaque année le 30 juin, jour de la fête nationale, dans une ville suisse. Ils sont organisés par des groupes informels dont la composition varie d'année en année en fonction de l'endroit où se dispute le tournoi. Un tournoi de football intercommunautaire, qui a également lieu chaque année, est en revanche mis sur pied par une organisation formelle (Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA).

Les femmes sont moins souvent organisées formellement que les hommes; il existe toutefois un certain nombre d'organisations de femmes (encadré et liste d'adresses). Outre les organisations féminines mentionnées, il existe un certain nombre d'organisations de femmes structurées selon la nationalité (à Genève p.ex., les Erythréennes, les Sénégalaises, les Ethiopiennes, à Zurich les Somaliennes). De façon générale, les femmes s'organisent plutôt de manière privée (8.5). Dans le cadre de groupes formels, elles se retrouvent le plus souvent au sein d'organisations de femmes et de groupements paroissiaux.

**Organisations basées sur la communauté (Community-Based Organisations (CBOs) de la population migrante subsaharienne en Suisse<sup>7</sup> (par ordre alphabétique)**

Africa Argovia, Brugg

Africa Freedom, Zurich

Afro Association, Zurich

Association Africaine de Défense de Droits de l'Homme ASADHO

Association Culturelle Regards Africains, Genève

Association des Femmes d'Origine Africaine AFOA, Genève

Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA, Genève

Association panafricaine pour l'Art, Genève

Communauté africaine en Suisse, Lucerne

IG Afrikanium, Olten

Treffpunkt schwarzer Frauen (Carrefour des femmes de couleur), Zurich

Yaakaare, Genève

<sup>7</sup> La liste n'est pas exhaustive. Elle comprend exclusivement des associations et groupements avec les représentant-e-s desquels nous avons eu un contact personnel ou téléphonique. Ces personnes de contact figurent dans la liste d'adresses à la fin du présent rapport (→ chapitre 16) et dans le fichier d'adresses à usage interne. Une partie de ces organisations ont pu être contactées grâce à l'organigramme des organisations publié dans le numéro 8 („Farbige Schweiz“, mars 2000) de la revue „Tangram“ de la Commission fédérale contre le racisme.

Les groupements paroissiaux représentent une autre forme importante d'organisation. Ils sont relativement nombreux, mais comparativement hétérogènes et fractionnés. Il existe diverses églises chrétiennes (protestantes et évangéliques par exemple) ainsi que des communautés musulmanes.

Les exemples de l'Ouganda et du Sénégal (11.1; 11.2) attestent que dans certains pays africains la collaboration dans le domaine de la prévention du VIH avec des responsables religieux, musulmans notamment, donne d'excellents résultats. Le succès repose toutefois sur une collaboration à long terme, dans la persévérance, afin de discuter en profondeur des visions différenciées du VIH/sida et d'éviter des messages de prévention contre-productifs (par exemple la présentation du VIH/sida comme voulu par Dieu, le refus du préservatif, la condamnation des personnes touchées).

En Suisse on part également du postulat que, premièrement, la collaboration avec des responsables d'église est importante pour combattre le fatalisme très répandu reposant sur l'idée que le VIH est voulu par Dieu, et, deuxièmement, que cette collaboration doit se fonder sur des échanges de longue haleine.

Tous les professionnels soulignent l'importance, déterminante pour tout travail de prévention, de la collaboration avec les organisations des groupes cibles (Community-Based Organisations CBOs). Un degré d'organisation formelle plutôt faible n'est à cet égard pas considéré comme un obstacle. D'une part, il existe toujours des groupements informels, religieux par exemple. D'autre part, de tels groupements peuvent aussi être renforcés par un soutien approprié. Dans le cas de l'Angleterre, les CBOs sont par exemple présentées comme manifestant au départ peu d'intérêt pour le VIH/sida. Les organisations ont néanmoins bénéficié d'un soutien financier, dans un premier temps sans que cet argent soit consacré à la prévention du VIH/sida. A partir de là une collaboration puis, progressivement, une sensibilisation à ce thème ont pu se développer<sup>8</sup>.

Des expériences menées à ce jour dans le domaine de la prévention du VIH/sida en Suisse, il ressort que les migrant-e-s et leurs organisations ont été jusqu'ici beaucoup trop peu, voire pas du tout, associés au travail de prévention<sup>9</sup>. Leur participation à la prévention du VIH/sida représente par conséquent une tâche qui pourrait avoir pour la Suisse, dans une certaine mesure, fonction de modèle. On peut déduire de ce constat qu'en Suisse il n'est guère possible de s'appuyer sur des expériences dans ce domaine. L'échange d'expériences sur des projets réalisés dans les pays européens, disposant d'expériences en la matière, est donc d'autant plus important (→ 12).

#### **Recommandation 7**

**→ Le travail de prévention suppose la participation et la collaboration des organisations, associations et églises des groupes cibles et un soutien à la création et au renforcement de structures d'organisation.**

<sup>8</sup> European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

<sup>9</sup> Exposé de Margrit Schmid, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) Zurich, sur le Projet „Transfer“ (Projekt 99-7347 de la Commission sida du FNS) donné lors de la session „HIV/Aids-Forschung in der Schweiz in den Bereichen Sozialwissenschaften und Public Health“, Commission sida du FNS, Thoune, le 9 novembre 2000.

## 7.3 Modes de contact et communication

Les formes d'organisations décrites plus haut déterminent la manière d'atteindre les personnes africaines et les manières de transmettre les informations. Le contact avec les migrants subsahariens doit se faire par l'intermédiaire de personnes-clés et non seulement par les CBOs. La base de toute collaboration c'est avant tout d'être reconnu comme digne de confiance par les personnes considérées.

L'importance primordiale accordée aux relations personnelles influence également les formes de communication. La communication orale, personnalisée, est beaucoup plus importante que la communication écrite. Divers représentants d'organisations africaines mentionnent ainsi également que la plus grande part du flux d'information interne passe par des contacts personnels – pour les hommes, les parties de football notamment jouent à cet égard un rôle important. Dans le cas de la prévention du VIH/sida cela signifie qu'une transmission des informations exclusivement par écrit, sous la forme de brochures par exemple, est peu appropriée. Les imprimés peuvent toutefois avoir un sens mais comme compléments à l'information orale, pour autant qu'ils soient remis lors de contacts personnels. Cela signifie qu'une diffusion large et anonyme de brochures d'information n'a guère de sens. Mais si une personne de confiance remet de telles brochures en complément à un contact et à un entretien personnel, elles peuvent avoir leur utilité. De même, un centre de consultation par exemple se fera davantage connaître par une invitation, adressée à quelques personnes de confiance, pour une présentation que par une large diffusion.

Dans la ligne de la tradition orale, une éventuelle collaboration avec des griots et des chanteurs pour faire émerger le thème du VIH/sida a par ailleurs été évoquée. Un certain nombre de griots sont installés en Suisse.

### **Recommandation 8**

**→ Le travail de prévention doit en premier lieu s'effectuer à travers la communication orale et par l'intermédiaire de personnes de confiance.**

Le fait que la plupart des personnes migrantes des régions subsahariennes parlent ou comprennent soit le français soit l'anglais, éventuellement le portugais ou l'italien, est un atout précieux au service de la communication. Les migrant-e-s francophones résidant en Suisse parlent ainsi la langue de la population autochtone.

Il faut toutefois considérer à cet égard que les Africain-e-s en provenance de régions rurales ne parlent pas forcément une des langues coloniales.

## 7.4 Médias des groupes cibles

La vidéo est un média courant largement répandu au sein des groupes cibles. On y regarde beaucoup les vidéos. Les appareils sont présents dans de nombreux ménages. Du côté des institutions, le souhait a été exprimé que soit mis à disposition dans les centres d'hébergement du matériel vidéo pour le travail de prévention à l'intention des requérants d'asile par exemple. Quelques vidéos provenant surtout de l'espace économique européen, éventuellement utilisables pour le travail de prévention, figurent dans la liste de matériel (→ 14).

### **Recommandation 9**

➔ **Certaines vidéos existantes et pertinentes peuvent être utilisées en partie pour le travail de prévention. Il est également imaginable que, dans une phase ultérieure du projet, après évaluation des besoins, du matériel vidéo puisse être produit avec le concours de personnes migrantes subsahariennes.**

#### **Médias produits par et à l'intention de personnes migrantes subsahariennes**

##### **Radio**

Radio Tropic, Zurich (93MHz)

Radio Somali sur radio locale LoRa, Zurich (97.5MHz)

„Kompass“ sur l'émetteur Kanal K, Aarau

MAHA (Migrants against HIV/Aids) sur Radio Fréquence Paris Plurielle (106,3 MHz)

„Zona Africa“ sur l'émetteur Radio Zoners, Ferney-Voltaire/Genève

##### **Email-newsletters**

Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA

Afro Association (Africa Link)

##### **Revue**

„Regards Africains“ (et agenda culturel) de l'Association Culturelle Regards Africains ACRA

Radio Tropic (93.0 MHz) à Zurich est la seule radio produite exclusivement par des Africains, des Sudaméricains et des ressortissants des Antilles. L'émetteur dispose d'une portée suprarégionale (jusqu'à St.- Gallen, la Suisse centrale, l'Argovie) et produit depuis environ un an un programme couvrant toute la journée.

Radio Somali diffuse une émission en somalien une fois par semaine, le jeudi de 14h. à 15h. via la radio locale LoRa Zurich.

En Argovie et dans le canton avoisinant, Zurich, c'est canal K (Aarau) qui émet le samedi de 19-21h l'émission „Kompass“, produite grâce au travail bénévole de migrants. Chaque 2<sup>ème</sup> samedi du mois, Michel Nyembwe de l'association Afrika Argovia produit une émission d'une heure (20-21h) en français. Le contenu de l'émission est chaque fois centré sur un thème différent, ce qui fait que des thèmes spécifiques à la santé peuvent y être abordés. Une partie des thèmes sont choisis par la station émettrice, d'autres sont définis par Nyembwe lors d'une discussion avec les membres de l'association Africa Argovia. On émet de plus de la



musique africaine non écoutée en Europe. L'émission est également utilisée pour transmettre aux auditeurs des informations à propos de manifestations privées.

Les Migrants against HIV/Aids MAHA (→ 12.5) produisent tous les mercredis de 11h à 12 h à Paris, sur Radio Fréquence Paris Plurielle (FPP) 106,3 MHz FM, une émission à l'intention de migrants en provenance du Maghreb et d'Afrique subsaharienne touchés par le VIH/sida. Les émissions peuvent également s'écouter sur Internet par MP3.<sup>10</sup>

L'Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA (Genève) et l'Afro Association (Zurich) diffusent chacune, par courrier électronique, un bulletin à l'intention de leurs membres. La Communauté africaine en Suisse, active en Suisse centrale, se charge si nécessaire d'envois d'informations. Elle a effectué par exemple, il y a quelques années, un envoi de brochures de l'OFSP relatives au VIH/sida (→ 14).

L'Association Culturelle Regards Africains ACRA (Genève) publie depuis 14 ans, sous la direction de Kanyana Mutombo, la revue „Regards Africains“, diffusée à l'échelle internationale. Toutefois, selon Kanyana Mutombo, de nombreux Africains résidant en Suisse ne la lisent pas, du fait que cette revue ne s'adresse pas en premier lieu à une communauté spécifique, mais qu'elle est centrée sur des thèmes. ACRA publie également chaque mois, avec une diffusion en Suisse, un agenda culturel comportant des informations sur des manifestations, des émissions TV, des cours, des stages, etc. ACRA met de plus sur pied des émissions radio, dont actuellement l'émission „Zona Africa“ sur l'émetteur Radio Zoners qui émet depuis Ferney-Voltaire près de Genève.

Les revues lues par les Africains sont fréquemment éditées dans des pays européens, en France notamment s'agissant de celles destinées aux Africains francophones. Le magazine féminin „AMINA“<sup>11</sup> édité à Dakar, imprimé en Belgique et diffusé depuis Paris, est très apprécié. „Jeune Afrique Economique“<sup>12</sup>, revue publiée à Paris, aborde également des thèmes liés au sida.

#### **Recommandation 10**

**→ Le travail de prévention par le canal des médias doit être effectué en collaboration avec les médias et les professionnels de la branche du groupe cible.**

<sup>10</sup> [www.hivnet.ch/migrants/radio/2000/001121.html](http://www.hivnet.ch/migrants/radio/2000/001121.html)

<sup>11</sup> AMINA, 11 rue de Téhéran, 75008 Paris

<sup>12</sup> Jeune Afrique Economique, 58 rue de Lisbonne, 75008 Paris, Tel. +33 1 49 53 06 04, Fax: +33 1 45 63 51 64, email: [gideppe@gideppe.com](mailto:gideppe@gideppe.com), Homepage: <http://www.gideppe.com>

## 8 Prévention primaire

La distinction entre prévention primaire (chapitre 8) et prévention auprès des personnes séropositives (chapitre 9) est théorique. Dans la pratique elle n'est pas toujours pertinente. D'une part, en effet, les activités de prévention sont toutes susceptibles de concerner aussi les personnes séropositives. D'autre part, a contrario, la prévention s'adressant spécifiquement aux personnes séropositives contribuera à la prévention primaire au travers, par exemple, du témoignage de personnes atteintes sur leur vie avec le VIH/sida. ONUSIDA met également en évidence ces apports réciproques entre prévention primaire et prévention auprès de personnes séropositives (2000b: 78, 87).

### 8.1 Tabou relatif au VIH/sida

Dès qu'il est question de VIH/sida en relation avec des Africain-e-s apparaît l'importance du tabou entourant ce thème et, comme corollaire, la stigmatisation des personnes potentiellement et effectivement touchées.

Le tabou lié au VIH/sida a été expliqué de multiples façons au cours des entretiens que nous avons conduits. Il est pour une part induit par le contexte social - et son approche de la sexualité - autorisant difficilement les échanges entre hommes et femmes à propos de thèmes aussi importants que le VIH/sida ou le "safer sex" par exemple (→ 8.4).

La manière d'appréhender le thème du VIH/sida est par ailleurs fortement déterminée par la situation à cet égard dans les pays de provenance où la pauvreté des moyens de traitement conduit à considérer le VIH/sida quasiment comme un arrêt de mort. Du fait que la population migrante est mal informée des possibilités de traitement et, dans une certaine mesure des risques d'infection et de l'image de la maladie, le diagnostic du VIH/sida peut contribuer, par son association avec la mort, à anéantir toute perspective. Le fait que le VIH/sida soit considéré comme un danger de mort rend plus difficile une approche ouverte de cette thématique (→ 8.3; 9.1).

Que la prévention spécifiquement orientée vers ce groupe cible ait été jusqu'ici négligée est révélateur du caractère tabou du VIH/sida. Il est primordial à cet égard que le travail de prévention ne contribue pas à renforcer encore le tabou mentionné plus haut. Il importe de même de prendre note que la prévention au sein de la population africaine n'en est pas complètement à ses débuts. Il faut relever également que des Suisses aussi bien que des Africain-e-s vivent avec le VIH/sida.

Une bonne prise en charge et un bon accompagnement peuvent aider les personnes touchées à parler de leur situation et favoriser, une fois le tabou levé, la promotion de la prévention primaire. La dissipation du tabou autour du thème du VIH/sida peut à son tour contribuer à améliorer la situation des personnes touchées.

#### **Recommandation 11**

**→ La levée du tabou autour du VIH/sida est une des conditions de base à une prévention efficace dans ce domaine.**

Nos interlocutrices et interlocuteurs ont par ailleurs relevé la signification sociale des maladies dans le contexte africain (→ significations du sida). Dans des sociétés fortement

basées sur la collectivité, les maladies transmissibles sont considérées comme un danger pour les relations sociales. La maladie du VIH/sida est de plus nettement associée à une stigmatisation : elle est mise en lien par exemple avec une vie dissolue ou avec la prostitution ou encore considérée comme un châtement divin.

Cette stigmatisation liée au VIH/sida est partiellement renforcée encore au sein de la population migrante. Le fait que la population autochtone mette fréquemment en cause les migrants africains considérés comme groupe introduisant le VIH/sida dans la société, rend plus difficile encore le travail de prévention. En effet, conscients de cette accusation, les Africain-e-s sont réservés par rapport aux projets de prévention, ce d'autant plus que les sentiments de culpabilité des personnes touchées sont renforcés (Louhenapessy 1996).

#### **Recommandation 12**

**→ Il faut éviter une stigmatisation supplémentaire de la population migrante subsaharienne par l'association avec le sida.**

Le constat du caractère tabou du VIH/sida implique que, sur le terrain, celui-ci ne soit pas abordé comme un thème à part mais soit plutôt traité avec d'autres sujets ou dans le cadre de manifestations plus générales. Ce mode de procéder se justifie aussi du fait que le VIH/sida est souvent en lien avec d'autres composantes, la situation économique dans le pays de provenance, par exemple. Il est d'autant plus indiqué de ne pas isoler le thème du VIH/sida qu'une telle méthode rendrait encore plus inaccessibles les groupes cibles. Il vaut mieux aborder ce thème lors de manifestations auxquelles les groupes cibles ne se rendent pas à cause du VIH/sida, comme des manifestations paroissiales, des fêtes, des manifestations musicales, des tournois de football, etc. ou des rencontres autour de thèmes d'ordre général comme des rassemblements en rapport avec des associations. C'est d'ailleurs la stratégie que choisissent les représentants africains lorsqu'ils veulent aborder des thèmes sociaux ou politiques. Des expériences en matière de prévention du VIH/sida menées au sein de la population migrante subsaharienne dans d'autres pays européens confirment parfaitement ce point de vue. En Allemagne par exemple, des expériences très convaincantes ont été faites de diffusion d'informations sur les pays de provenance et sur la prévention du VIH/sida dans ces mêmes pays lors de manifestations diverses (Narimani und Baune 1999: 28). L'intégration de la prévention lors de rassemblements indépendants du VIH/sida rejoint les expériences faites dans les premières approches du sujet par des Africain-e-s dans le cadre du „Projet migration et santé“. Un projet de travail auprès d'employées de maison africaines et réalisé sous la forme d'un travail d'approche dans des parcs publics à Genève, a rencontré un certain intérêt. Les femmes contactées n'étaient toutefois guère prêtes par la suite à se rendre à des manifestations spécialement centrées sur le thème du VIH/sida (Burgi und Fleury 1996).

#### **Recommandation 13**

**→ Intégrer le travail de prévention dans des rassemblements non centrés sur le VIH/sida.**

## 8.2 Vulnérabilité des migrant-e-s originaires du Sahara

Le terme de vulnérabilité est très prisé, notamment dans la littérature médicale et sociopsychologique relative aux domaines de la santé et de la migration. L'utilisation de ce concept est naturellement pertinente dans le contexte du VIH/sida. Cette notion de „vulnérabilité“ doit être utilisée avec circonspection car son usage comporte le risque de focaliser l'attention sur la personne migrante en la dissociant de son contexte et de négliger les conditions structurales propres au processus de migration. Le concept de „vulnérabilité“ peut d'autre part induire une approche pathologisante, axée en premier lieu sur les déficits découlant des processus de migration, et faisant apparaître les personnes migrantes comme des victimes. Les recherches menées dans le cadre des sciences sociales sur la migration et la santé s'écartent en revanche depuis assez longtemps d'une approche pathologisante de la migration. Les processus de migration ne sont ainsi, par exemple, pas considérés en premier lieu comme des processus de déracinement, mais comme des mouvements transnationaux préservant des relations d'une étonnante continuité au sein de réseaux eux-mêmes transnationaux (Glick Schiller et al. 1995). La flexibilité des personnes migrantes dans la gestion de pressions et d'insécurité fortes est par ailleurs mise en évidence (Muecke 1992).

Une approche valorisant les ressources est à notre avis à recommander dans le cadre de la réalisation d'une promotion de la santé auprès de la population migrante en général et incluant comme aspect particulier la prévention du VIH/sida. Le travail de prévention s'appuie ainsi principalement sur les potentiels que les personnes migrantes peuvent activer pour rester en aussi bonne santé que possible dans un contexte plus difficile.

Cela suppose toutefois une connaissance précise de la vulnérabilité potentielle propre à la situation de migrant. Il ressort des discussions récentes que la vulnérabilité, propre à la population migrante par rapport au VIH/sida, est moins déterminée par des pratiques sexuelles spécifiques – généralement en lien avec des références culturelles – que par les conditions de la migration qui affectent de manière générale la santé des migrant-e-s (Haour-Knipe 1998). Les conditions structurelles, sociales, économiques et politiques de la migration, telles que le défaut d'un revenu relié à un travail, la précarité du statut, une compétence linguistique insuffisante ou la dépendance à l'égard de l'époux, conduisent à une déstabilisation générale. L'intervention sociale au quotidien n'est de ce fait pas orientée sur le VIH/sida mais sur d'autres problèmes plus immédiats.

Pour démontrer à quel point la situation psychosociale des personnes migrantes peut être primordiale et absorbante, il suffit de rappeler que même lorsqu'elles se rendent dans un centre de consultation VIH, elles posent en premier lieu des questions de nature juridique et psychosociale. Ce constat est confirmé par des centres de consultation de santé non spécifiques au VIH, de même que par les responsables de la prévention du sida dans le domaine de la prostitution et certaines des ONG européennes (Aide suisse contre le sida 1999)<sup>13</sup>.

En rapport avec cette notion de vulnérabilité de la population migrante, un de nos interlocuteurs a caractérisé le fait d'être touché par le VIH/sida dans un contexte de migration comme une „double victimisation“.

<sup>13</sup> Voir aussi: European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

Il découle de ce qui a été dit jusqu'ici que la prévention du VIH auprès des migrant-e-s doit être contextualisée, non seulement en raison du tabou, déjà évoqué, entourant le VIH/sida mais également en raison de la vulnérabilité des personnes migrantes. Cela signifie que tout travail de prévention du VIH/sida doit être associé à des thèmes prioritaires de la vie quotidienne, généralement distincts des questions directement en lien avec la santé. Les personnes migrantes doivent être abordées idéalement au travers de thèmes les concernant directement.

#### **Recommandation 14**

➔ **La mobilisation (empowerment) des personnes migrantes subsahariennes en vue d'un renforcement de leur implication politique et sociale et de l'amélioration de leur situation sociale, économique et juridique fait partie des éléments constitutifs de la promotion de la santé.**

## 8.3 Connaissances et pratique

Le VIH/sida, également reconnu en Suisse comme thème important, a été peu abordé jusqu'à présent parmi la population migrante africaine. Cela provient du fait que le VIH/sida n'est pas visible tant que l'on ne connaît pas de personnes touchées ou que l'on n'apprend leur maladie qu'après leur décès. La situation et les problèmes des personnes touchées ne sont, de ce fait, pas connus. La revue „Regards Africains“ qui paraît en Suisse, a par exemple régulièrement traité du VIH/sida en Afrique, sans toutefois prendre en considération jusqu'ici la situation en Suisse.

Dans le cadre de cette évaluation rapide, nous avons délibérément renoncé à un recensement quantitatif des connaissances spécifiques relatives au VIH/sida. Une telle enquête, menée en collaboration avec des personnes-clés des groupes cibles, serait à la rigueur pertinente dans le cadre du travail de prévention. Elle devrait être considérée par analogie avec de telles enquêtes menées auprès d'autres groupes de migrant-e-s en Suisse et au sein de la population suisse elle-même et prendre en compte les expériences et les constatations faites dans le cadre de ces enquêtes (Haour-Knipe 1998; Haour-Knipe et al. 1999). Dans le cas de la population hétérogène des migrants subsahariens il y a lieu de remarquer par exemple que les résultats d'une telle enquête devraient permettre de distinguer les pays de provenance et les status de séjour et de tirer des conclusions sur le degré d'intégration. Les données recensées devraient notamment pouvoir fournir des indications sur les facteurs de risque et la vulnérabilité.

Le sondage réalisé par l'Aids-Hilfe beider Basel AHbB auprès de 52 Africain-e-s permet néanmoins de donner quelques indications sur les connaissances relatives au VIH/sida et à la prévention. Le sondage a été réalisé oralement en 1999 dans la région de Bâle par un Sénégalais et un Kenyan, engagé depuis comme médiateur auprès de l'AHbB. 38 hommes et 14 femmes ont participé au sondage, en provenance par ordre décroissant du Sénégal (7), du Cameroun (6), du Kenya (5), du Congo (5 également) et du Mali (3). Pour permettre une comparaison approximative avec d'autres groupes de migrants, nous mettons en regard ici les chiffres émanant de l'enquête menée en 1994/95 par l'AHbB parmi la population espagnole, portugaise et turque, dans le cadre de l'évaluation du „Projet migrants“ de l'OFSP (Haour-Knipe et al. 1999) en les complétant par les informations recueillies au cours de nos entretiens. Les chiffres ne sont toutefois que partiellement comparables du fait qu'en 1994/95 un nombre plus élevé de personnes avaient été interrogées (154 Turcs, 385 Portugais et 441 Espagnols), que le sondage avait été réalisé par écrit et ce, de plus, à la suite d'un travail de

prévention effectué pendant trois à quatre ans<sup>14</sup>. Cette comparaison permet néanmoins de relever dans quelle mesure les problèmes rencontrés sont similaires ou différents.

### Connaissances relatives aux modes de transmission

Lors du sondage réalisé par l'AHbB, une personne seulement a dit n'avoir reçu jusqu'alors aucune information relative au VIH/sida. La connaissance des modes de transmission, notamment du plus fréquent, à savoir lors de rapports sexuels, était relativement bonne parmi les Africain-e-s interrogé-e-s : 87% savaient que les rapports sexuels avec pénétration figurent parmi les modes de transmission. Ce pourcentage est inférieur de peu seulement au chiffre correspondant parmi la population portugaise (94%), turque (97%) et espagnole (98%). Le niveau d'information des Africain-e-s évoqué ici rejoint les témoignages d'interlocuteurs africains interrogés dans le cadre de notre projet. Pour ces derniers en effet la méconnaissance des modes effectifs de contamination n'est pas un problème prioritaire. Cela correspond également aux expériences faites avec des personnes africaines au service de tests/VIH à l'Hôpital de l'Île à Berne.

Nos interlocutrices et interlocuteurs africain-e-s ont relevé à plusieurs reprises qu'en dépit de ces connaissances le risque réel d'être soi-même contaminé était refoulé. On a souvent évoqué à ce propos un sentiment d'invulnérabilité ou d'immortalité. Ce sentiment est partiellement mis en relation avec la méconnaissance déjà évoquée de la situation, en terme de risques, en Suisse. Du fait que, dans le contexte de la migration, le décès de connaissances ou de parents les touche moins, qu'elles sont moins bien informées de la situation sur le plan épidémiologique du VIH/sida en Suisse et que de plus le thème du sida soit peu abordé, les personnes migrantes ne perçoivent pas le risque de transmission du VIH comme un problème réel en Suisse.

Dans le sondage réalisé par l'AhbB, les seringues usées sont moins connues comme vecteur de transmission que les rapports sexuels (60%). Ce chiffre est inférieur à ceux relevés pour la population turque (89%), portugaise (94%) et espagnole (96%). Dans le contexte souvent discuté de la stigmatisation du VIH/sida et des personnes touchées, il est surprenant que lors du sondage effectué parmi la population africaine, personne n'ait émis l'idée que le VIH/sida soit transmis par la toux ou une utilisation commune de la vaisselle. En revanche, le 80% des Espagnol-e-s, le 70% des Portugais-e-s et le 67% des personnes turques sondé-e-s seulement étaient d'avis que le VIH *ne* pouvait *pas* être transmis par le fait de boire dans le même gobelet. Ce résultat a toutefois été relativisé lors des entretiens avec nos interlocuteurs. Bien que l'information selon laquelle le VIH/sida n'est transmis ni par la toux, ni par la vaisselle semble relativement bien intégrée, l'attitude qui prévaut à l'égard des personnes atteintes est néanmoins de les éviter, y compris à cet égard. Ce constat est à mettre en lien avec la signification sociale beaucoup plus globale du VIH/sida et ne se fonde donc pas en premier lieu sur l'état des connaissances au sujet des voies de contamination (→ 9.1). L'idée a été relevée à ce propos que le VIH puisse être transmissible par les piqûres de moustiques.

<sup>14</sup> Avant le début du projet en 1988, une étude pilote a été menée parmi 58 hommes turcs et 12 africains, elle n'a toutefois pas fait l'objet d'une interprétation (Fleury 1988).

## Connaissance et utilisation des mesures de protection

Les connaissances relatives aux mesures de protection semblent plus limitées parmi les Africain-e-s questionné-e-s que celles concernant les modes de propagation. Lors du sondage de l'AHbB, 63% des personnes interrogées seulement ont mentionné comme mesure de protection l'usage du préservatif et 46% d'entre elles l'usage de seringues stériles. Les connaissances correspondantes parmi les Espagnol-e-s (99% pour les préservatifs et 94% pour les seringues), les Portugais-e-s (96% pour les préservatifs et 89% pour les seringues) et les personnes turques (88% pour les préservatifs et 79% pour les seringues) étaient en revanche nettement meilleures.

Ces réponses contredisent en partie les déclarations de nos interlocutrices et interlocuteurs qui estimaient que le préservatif était bien identifié comme moyen de protection contre le VIH. Les connaissances peuvent bien être présentes, de l'avis de nos informatrices et informateurs, mais l'usage du préservatif est néanmoins fait avec beaucoup de retenue. La littérature cite les résistances suivantes, évoquées par les Africain-e-s et partiellement confirmées lors de nos entretiens, à l'égard de l'usage du préservatif:

1. Les préservatifs sont inconfortables et diminuent le plaisir lors des rapports sexuels.
2. Les préservatifs peuvent se déchirer pendant les rapports sexuels ou présenter des trous et ne sont donc pas fiables.
3. Les préservatifs ne sont utilisés que par les prostituées professionnelles.
4. L'usage de préservatifs lors de rapports sexuels dans le cadre de l'union conjugale est un signe de méfiance à l'égard du partenaire et donc à éviter.
5. L'utilisation et l'élimination des préservatifs sont embarrassantes.
6. L'usage du préservatif n'est pas permis pour des motifs d'ordre religieux. (Studer 2000)

Nous aborderons plus loin (→ 8.5) les aspects spécifiques aux hommes, respectivement aux femmes, du safer sex en lien avec ces arguments.

Les connaissances quant à l'utilisation concrète du préservatif sont relativement mauvaises selon nos interlocuteurs. L'emploi de vaseline notamment de même que l'usage de préservatifs de taille inadaptée diminuent la sécurité de ceux-ci.

De nombreux hommes africains sont par ailleurs gênés de se rendre dans un magasin pour acheter des préservatifs. A cet égard, la remise de préservatifs par un médiateur africain et la distribution anonyme par un automate ont fait leurs preuves.

Pour les femmes en particulier, mais également pour les hommes, l'usage du préservatif est étroitement lié au désir d'avoir des enfants. La pression sociale et le désir d'avoir des enfants sont souvent déterminants, ce qui peut empêcher le recours au préservatif, au sein du couple marié notamment, mais également lors de rapports avec des partenaires occasionnels. Cette tendance peut encore être accentuée au sein de la population migrante par le fait que les perspectives de mariage et de création d'une famille sont plus limitées et que l'on renonce dès lors à envisager une contraception avec le risque d'une éventuelle grossesse, le cas échéant même avec un partenaire occasionnel.

### Recommandation 15

➔ **L'argument selon lequel les préservatifs servent en même temps à la prévention du VIH et à la contraception, a une portée très relative du point de vue de la prévention auprès de la population migrante subsaharienne.**

Outre l'usage du préservatif c'est notamment la religion qui est considérée comme une protection contre le virus IH. Cette confiance repose sur la postulat, bien présent du point de vue étiologique (→ 9.1), que la contamination par le VIH représenterait un châtement de Dieu.

On attend de la foi et de la prière qu'elles évitent une transmission du VIH. On rencontre également quelques personnes-clés s'attribuant le pouvoir de neutraliser la contamination par le VIH et de guérir le sida par des miracles religieux et des prières.

Selon les expériences d'un médiateur congolais, la forte religiosité d'une partie des personnes des groupes cibles explique pourquoi le matériel d'information rencontre aussi peu d'intérêt (Mpembele 2000).

Par ailleurs, l'idée que les thérapies antirétrovirales permettent de guérir le sida provoque quelquefois une régression du comportement de protection.

#### **Recommandation 16**

➔ **La diffusion du „safer sex “ représente un élément important de la prévention primaire auprès de la population migrante subsaharienne.**

Les connaissances et l'expérience à propos de la transmission et de la prévention de maladies sexuellement transmissibles sont fréquemment plus étendues que celles relatives au VIH/sida. Ce dernier est souvent perçu autrement que les autres maladies sexuellement transmissibles MST. Le traitement du thème du VIH/sida en relation avec d'autres maladies sexuellement transmissibles peut donc être pertinent en faisant référence à des connaissances existantes et en dissipant le caractère tabou du sida.

#### **Recommandation 17**

➔ **Aborder le thème de la transmission et de la prévention du VIH dans le cadre d'une réflexion incluant également d'autres maladies sexuellement transmissibles.**

### **Terminologie périphrastique pour désigner le sida**

Il est d'autant plus difficile de transmettre l'information relative à la propagation et à la représentation du VIH/sida et aux mesures de prévention que, comme nous l'avons dit plus haut (→ 8.1), ce thème est tabou. Cela se remarque également sur le plan de l'échange verbal : il est parfois difficile de simplement prononcer le mot „sida“. Plusieurs expressions permettent d'évoquer la maladie sans la nommer (→ encadré).

#### **Termes périphrastiques désignant le sida**

Lienne

Slim

Ukimwi – deadly disaster, maladie mortelle (swahili)

Ayaki – to grab life out from body, arracher la vie du corps (dholuo)

Djanjila, Nkulonda – Vas je te suivrai (tshiluba)

De telles expressions sont aussi couramment utilisées dans les pays d'origine des migrant-e-s pour désigner le sida. Au Cameroun anglophone par exemple, on désigne le sida par les expressions suivantes parmi d'autres (Schwab 2000): „Seven plus one“ est une manière codée courante jouant sur la ressemblance du mot „aids “ avec le chiffre „ eight “. Les jeunes plus particulièrement utilisent souvent le terme „Njapa“, d'après le nom du protagoniste fictif VIH positif d'une campagne télévisuelle relative au sida. Le terme français „séropositif“ a probablement donné le mot „serapo“. L'utilisation du terme français sida au lieu de l'anglais aids est également courante.



Les abréviations officielles reçoivent par ailleurs un autre contenu. Sida signifie ainsi au sein de la communauté congolaise et angolaise „Syndrome Inventé pour Décourager les Amoureux“ (Mpembele 2000). Les expressions „America's Intention to Discourage Sex“ ou „American Intervention to Discourage Sex“ par exemple sont fréquemment utilisées pour traduire l'abréviation anglaise Aids.

## 8.4 Approche de la sexualité

Il n'est pas possible dans ce cadre de présenter les significations et approches multiples de la sexualité d'une manière si différenciée que les préjugés courants à propos de la „nature“ sexuelle débridée des Africain-e-s soient neutralisés. L'insistance excessive – en Occident surtout – sur la liberté sexuelle ou la promiscuité des Africain-e-s, par exemple, renforcent à notre avis les stéréotypes, la plupart du temps à connotation raciste, qui rendent plus difficile encore une approche individuelle des personnes vivant avec le VIH/sida. Cette insistance contribue de plus à occulter l'influence du contexte socioéconomique comme par exemple la dépendance d'un des sexes par rapport à l'autre ou les contraintes économiques inhérentes à la migration.

L'hétérogénéité des personnes migrantes subsahariennes et les changements de comportement générés par la situation de migrant rendent par ailleurs plus difficile l'élaboration d'une représentation exhaustive. Nous n'aborderons donc ici que les aspects que nous estimons devoir être pris en compte. Les informations se rapportent en premier lieu au Congo démocratique et sont fournies par différents interlocuteurs mais revêtent en partie une portée plus générale.

Il est possible de parler de sexualité entre personnes du même sexe. Ce thème peut également être abordé sinon mais sous la forme de discours spécifiques (chants, blagues, cancons, etc.). Parler de sexualité entre personnes de sexe opposé ou entre parents et enfants est en revanche un sujet tellement tabou (Muluneh et Waka 1999: 33) qu'il n'est admis que sous les formes de discours mentionnées. Dans les pays de provenance c'est souvent une personne parente du même sexe, tante/oncle ou grand-mère/grand-père, qui se charge de l'éducation sexuelle des enfants, lorsqu'une place lui est réservée (→ 8.6). Mais dans la situation de migration ces personnes de référence font la plupart du temps défaut.

Nous reviendrons plus longuement sur le sujet des relations entre personnes de sexe distinct au chapitre 8.5. Nous nous contenterons d'aborder ici quelques aspects concernant plus directement les hommes. De l'avis d'un de nos interlocuteurs congolais, il est relativement courant que les hommes, tant dans les pays de provenance qu'en situation de migration, aient plusieurs partenaires parmi lesquelles également des Suissesses. Vu qu'en situation de migration le contrôle social joue un rôle moindre, les relations sont probablement moins stables. De plus, dans une situation difficile sur le plan social ou économique, c'est justement au travers des relations qu'il est parfois possible d'acquérir un statut social et économique. Un interlocuteur kenyan a fait état à ce propos d'un comportement sexuel sans références, „rootless sexual behaviour“, généré par la migration. L'International Organisation of Migration fait elle aussi le constat que la migration peut entraîner un changement plus fréquent des partenaires sexuels<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Nel van Beelen: HIV/AIDS and Migration - Specific needs and appropriate interventions in the field of

On peut certainement aussi comprendre le refus du préservatif par les hommes comme une manière d'affirmer leur virilité par un comportement à risques, explication d'ailleurs également pertinente pour les pays occidentaux (Van Campenhoudt 1998).

Le rapport au corps et à la sexualité est décrit comme plus ouvert et plus décontracté au Congo démocratique qu'en Suisse. Il en résulterait également une approche plus ouverte de la prostitution, moins tabou et acceptée comme le terrain, par exemple pour les jeunes hommes, pour une initiation naturelle à la sexualité. Cela aurait pour conséquence qu'un nombre relativement important de Congolais fréquenteraient des prostituées africaines même en vivant en Suisse.

## 8.5 Aspects de la prévention du VIH spécifiques à chaque sexe

Vu le rôle important des relations hétérosexuelles dans la transmission du virus HI dans les pays situés au Sud du Sahara, on s'attend naturellement à un taux de contamination à peu près équivalent chez les femmes et les hommes dans le Subsahara. Le taux de contamination semble même de fait plus élevé chez les femmes: pour 10 hommes contaminés 12 à 13 femmes sont touchées par l'infection du VIH; 55% de l'ensemble des personnes adultes contaminées dans la région subsaharienne sont de sexe féminin<sup>16</sup>. En Suisse, le taux annuel moyen de cas de VIH annoncés parmi les femmes en provenance du Sahara est deux fois plus élevé que celui constaté parmi les hommes en provenance de la même région (OFSP section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP section toxicomanie et sida 2000: 438f.)<sup>17</sup>.

Les migrantes en provenance du Sahara sont plus vulnérables à une infection du VIH que les migrants de la même région. Cela s'explique d'un côté par les inégalités structurelles, qui sont d'ailleurs le lot des femmes migrantes en général, et d'un autre côté par des facteurs spécifiques aux communautés subsahariennes. Il convient néanmoins de relever à cet égard que les migrantes d'origine africaine constituent elles aussi un groupe très hétérogène doté, de plus, de ressources très diverses. Les portraits de femmes „Femmes d'Afrique et des Antilles en Suisse“ représentent une bonne illustration à cet égard (Batumike 1997). Mulegwa, distingue pour sa part au moins six catégories de femmes africaines: fonctionnaires d'organisations internationales, épouses de fonctionnaires, étudiantes, migrantes célibataires, Africaines mariées à des hommes d'origine africaine et Africaines mariées à des Suisses (2000). Les conditions respectives de ces femmes varient considérablement en fonction de

---

policies, prevention and care. Satellite meeting at the 13th International AIDS Conference (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

<sup>16</sup> WHO: Women and HIV/AIDS. Fact sheet No 242 (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html>)

<sup>17</sup> Les données à disposition de l'Office fédéral de la santé publique ne permettent pas de déterminer si en Suisse le nombre de femmes subsahariennes effectuant le test est comparable à celui des hommes de même origine. On pourrait imaginer que les femmes font le test plus souvent du fait que la grossesse est une raison courante de se soumettre à un test VIH (→ 9.4). Les données à ce sujet faisant défaut, il n'est pas possible d'interpréter les différences mentionnées entre femmes et hommes originaires du Sahara en Suisse. Il est permis de supposer qu'elles sont partiellement dues à une part plus élevée de femmes testées. Il est certain néanmoins que dans le cas de la population migrante subsaharienne le nombre de femmes touchées par le VIH/sida est supérieur à celui des hommes. L'écart est ici nettement plus important que dans d'autres groupes cibles. (Informations recueillies lors d'un entretien avec M. Gebhardt, section épidémiologie et maladies infectieuses OFSP).

leur statut social et de leur degré d'intégration sociale. Ce constat doit être pris en considération lors du conseil individuel.

Certains aspects peuvent toutefois être généralisés.

### **Mode de contact et structures organisationnelles**

Lors du travail de prévention sous la forme de visites à domicile il y a lieu de tenir compte que les femmes d'une part et les hommes d'autre part évoluent et rencontrent leur cogénères respectifs dans des lieux distincts (→ encadré). Il faut considérer au départ que les femmes se rencontrent plutôt dans des cercles privés, informels et dans un cadre incluant la prise en charge des enfants. Les salons de coiffure et de beauté sont les espaces publics où elles se rencontrent. Les hommes en revanche évoluent plus fréquemment dans des lieux publics et semi-publics: les terrains de football, les cafés et autres points de rencontre par exemple. Les occasions et lieux que les femmes fréquentent aussi bien que les hommes sont les manifestations centrées sur la danse et la musique et les magasins africains.

Il pourrait s'avérer plus difficile d'atteindre les femmes par le biais d'organisations et d'associations que les hommes. Il existe bien quelques organisations de femmes (→ 7.2, liste d'adresses) avec lesquelles une collaboration est parfaitement pertinente et utile. Bien qu'elles ne se veulent pas explicitement réservées aux membres d'un sexe à l'exclusion de l'autre, la majorité des associations porte de fait l'empreinte masculine. Cela s'explique par le fait que les femmes se rendent aux manifestations de ces organisations en premier lieu comme accompagnantes de leur partenaire ou même que leur présence dépende de l'accord de celui-ci. Le représentant d'une organisation posait par ailleurs comme postulat que les hommes étaient compétents pour la mise sur pied d'organisations et la gestion des relations alors que les femmes pouvaient apporter leur contribution dans une deuxième phase pour le fonctionnement de telles structures. Selon l'observation d'un représentant d'une association, les femmes participent plus volontiers aux manifestations ponctuelles organisées par celle-ci (danse, musique par exemple) qu'aux assemblées de l'association. Dans la phase initiale du projet il faut s'attendre en général à atteindre, dans le cas d'organisations non spécifiquement féminines, d'abord les hommes, davantage compétents pour les contacts „officiels“. On entrera en contact avec les femmes dans un deuxième temps seulement.

#### **Recommandation 18**

**→ Lors du travail de prévention il convient de prendre en compte les espaces sociaux spécifiques à chaque sexe.**

<b>Espaces propres aux femmes</b>	<b>Espaces propres aux hommes</b>
Organisations et associations spécifiques aux femmes	Organisations et associations
Cercles informels privés	Assemblées
Salons de beauté, salons de coiffure	Parties, clubs et tournois de football
Espaces pour enfants (parcs, places de jeu, etc.)	Cafés, lieux de rencontre
<b>Espaces accessibles aux deux sexes</b>	
Manifestations de danse et de musique	
Magasins africains	

### **Vulnérabilité économique**

Les perspectives de trouver un emploi sont plus mauvaises pour les migrantes que pour les migrants (Haour-Knipe 2000). Leur dépendance financière et matérielle limite la capacité des femmes à décider avec qui et dans quelles conditions elles acceptent d'avoir des rapports sexuels<sup>18</sup>. En plus du commerce du sexe professionnel que nous aborderons plus loin, les rapports entre hommes et femmes en provenance des régions subsahariennes vivant en Suisse (comme en Afrique subsaharienne) se déroulent souvent tacitement sur le mode du troc : rapports sexuels contre des marchandises, notamment argent, vêtements ou bijoux etc. Lors de ces relations, les femmes disposent d'un pouvoir très limité d'imposer par négociation des pratiques de safer sex. De telles relations sexuelles informelles sont notamment fréquentes entre femmes jeunes et hommes plus âgés. On appelle à ce propos les soi-disant cadeaux „sugar-daddy gifts“. Cette pratique explique en partie le taux de contamination proportionnellement plus élevé de femmes jeunes: Des études récentes effectuées dans divers pays subsahariens démontrent que les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans sont cinq à six fois plus touchées que les hommes de la même catégorie d'âge (European Union 2000). Les relations entre des femmes plus âgées et des hommes jeunes sont en revanche, contrairement à celles entre femmes jeunes et hommes âgés, connotées plutôt négativement (Le Congo démocratique connaît des expressions dépréciatives à ce sujet ; on y entend d'ailleurs une chanson populaire sur ce thème).

### **Vulnérabilité sociale**

La migration est souvent perçue par les femmes comme une précarisation associée à un sentiment d'isolement social généré par le déclin de la solidarité familiale et des structures sociales corporatives. Ce sentiment est exprimé même lorsqu'une partie de la famille est présente. Il en résulte que dans les conditions structurelles de la migration, l'espace et la motivation pour une réflexion sur les risques du VIH font défaut. Ce constat rejoint les déclarations émanant des institutions qui perçoivent souvent la situation des Africaines comme plus précaire que celle d'autres migrantes.

<sup>18</sup> WHO: Women and HIV/AIDS. Fact sheet No 242 (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact242.html>)

Les relations entre les sexes, en règle générale très asymétriques, sont une des composantes sociales de la situation des migrantes des régions subsahariennes. Dépendantes économiquement, les femmes sont de plus dans une position d'infériorité du point de vue émotionnel et social. Pour des raisons sociales, elles sont souvent dans l'obligation de maintenir une relation avec un homme, comme femme mariée à un Suisse par exemple, même au prix d'un risque accru de contamination. Nombre de femmes n'ont pas ou ont peu de latitude et de pouvoir pour discuter ou pour imposer le safer sex.

La communication entre hommes et femmes, difficile, respectivement codée, sur le thème de la sexualité, déjà évoquée précédemment, rend également plus difficile un échange à propos de safer sex et de contraception lors d'une relation sexuelle. A cet égard, l'expérience vécue au centre de test VIH de l'Hôpital de l'Île de Berne montre qu'il est difficile pour une conseillère de sexe féminin de parler de sexualité et de prévention avec des hommes africains. Sur le plan de la prévention, cela signifie que les médiatrices et les médiateurs doivent prendre en compte ce facteur, ce que confirme du reste l'expérience des médiateurs africains. La question du safer sex dans les relations intimes devrait par ailleurs pouvoir être abordée et traitée dans le cadre du travail de prévention.

#### **Recommandation 19**

**→ Un travail de prévention spécifique pour chaque sexe est essentiel; des femmes<sup>19</sup> et des hommes doivent être formés comme médiatrices et médiateurs.**

#### **Recommandation 20**

**→ La légitimation (empowerment) d'un échange à propos de safer sex et de contraception de même que le pouvoir d'imposer ces pratiques lors de relations sexuelles doit faire partie intégrante de la prévention.**

La revendication de l'usage du préservatif peut être risquée socialement parce qu'elle sous-entend une vie sexuelle changeante ou le soupçon d'une infection par VIH. En règle générale, l'utilisation d'un préservatif est tout au plus tolérée pour le planing familial qui est toutefois régulé en premier lieu par le recours à la pilule, au cycle et au coïtus interruptus. Il peut arriver toutefois que les jeunes femmes mettent en avant la préoccupation de planing familial pour imposer l'usage du préservatif.

Les hommes mariés comme les célibataires entretiennent plus facilement des relations polygames que les femmes. Des relations multiples sont mieux acceptées de la part d'un homme que de la part d'une femme. Diverses expressions du langage familier attestent que les relations multiples sont socialement acceptées lorsqu'elles sont le fait d'hommes: ainsi, dans le contexte congolais, par exemple, les différentes femmes avec lesquelles un homme entretient des rapports sexuels sont appelées „bureaux“. Le comportement à risques des hommes lors de relations polygames est générateur de risque pour les femmes.

Celles-ci sont ainsi non seulement plus exposées aux risques de contamination mais de plus, du fait qu'elles sont rendues responsables de la propagation du sida, elles sont encore davantage victimes de discrimination et d'une mise à l'index. Ce constat est confirmé par les études mettant en évidence la stigmatisation des femmes comme impures et vecteurs de propagation de maladies (Baruani Yuma et Louhenapessy env. 1986)<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Le programme de formation „African Women Confronting AIDS“ développé dans le cadre de AIDS & Mobility (Imane et al. 1998), → 14 offre une bonne base dans ce domaine.

<sup>20</sup> Voir aussi: OMS: Human Rights, women and HIV/AIDS. Fact sheet No 247 (<http://www.who.int/inf-fs/en/fact247.html>)

De telles culpabilisations sont en étroite relation avec le rôle attribué à la femme dans le contexte familial. Responsables de la cohésion du corps social, les femmes occupent à cet égard une position-clé. Les expériences faites à la consultation Sida à Genève parmi des femmes africaines atteintes du VIH/sida montrent que cet état de sidéennes multiplie les charges pesant sur les femmes.

L'infection peut mettre en danger la famille par une possible transmission aux enfants d'une part. D'autre part, comme les femmes assument en grande partie la responsabilité de la cohésion de la famille, elles risquent de plus, en cas de contamination, de perdre la capacité de tenir ce rôle.

Des centres de consultation santé et de consultation sociale remarquent que les femmes africaines sont comparativement davantage concernées par la violence domestique. Les causes et les raisons de nature relationnelle sont souvent peu claires de même que l'intensité des traumatismes qui en résultent. Il est permis de penser que dans un contexte de relations violentes, des rapports sexuels non protégés soient imposés par la contrainte.

La probabilité existe également qu'un certain nombre d'Africaines mariées à des Suisses soient en situation de grande dépendance et victimes de relations caractérisées par la violence. Ces femmes sont généralement peu intégrées dans la communauté africaine. Il apparaît par ailleurs que parmi ce groupe de personnes les modifications apportées en faveur de l'épouse dans le cadre de la révision du droit sur le divorce sont encore mal connues.

#### **Recommandation 21**

➔ **Etant donnée la vulnérabilité multiple des migrantes, il faut à tout prix éviter que les messages visant à la prévention spécifique pour chaque sexe ne contribuent à stigmatiser davantage encore les femmes.**

### **Excision des femmes et autres pratiques rituelles**

Parmi les pratiques sociales renforçant encore leur vulnérabilité il faut citer l'excision des femmes, respectivement la mutilation génitale des femmes (*female genital mutilation FGM*). L'excision (excision du clitoris) et l'infibulation (ablation du clitoris et des petites lèvres, ligature des grandes lèvres) amplifient les risques de contamination par le VIH, lors de l'opération d'une part, et – fait plus important – par la suite d'autre part. Dans le contexte de la migration, le risque lors de l'intervention est encore accru du fait que cette pratique est illégale. Hormis lors de quelques procès instruits en France et peu suivis, on ne sait guère où, par qui et dans quelles conditions cette intervention est réalisée. Les experts pensent néanmoins que de telles pratiques ont cours en Suisse également avec des mandants, des exécutants et des victimes de mutilation génitale féminine (Beck-Karrer 1999). En fonction des conditions d'hygiène en cours d'intervention le risque de contamination par le VIH est bien réel.

L'ablation du clitoris et des petites lèvres accroît la vulnérabilité et le risque de pertes de sang postcoïtales et d'infections par des lésions consécutives comme des kystes par exemple. A la suite d'une infibulation le mari doit fréquemment „ouvrir“ (défibuler) sa femme avec son pénis. Il arrive par ailleurs que les rapports sexuels par pénétration vaginale soient devenus à tel point difficiles qu'on leur préfère la pénétration anale. Dans les deux cas, le risque d'infection est encore amplifié. (Brady 1999)

La pratique de la mutilation génitale féminine est inégalement répandue parmi la population migrante en Suisse, en fonction des pays de provenance subsahariens. Selon les estimations les plus récentes de l'OMS, ce sont notamment la Somalie (98%), l'Ethiopie (85%) et l'Erythrée (90%) qui présentent le taux de prévalence le plus élevé de *FGM*. Parmi la

population migrante originaire d'autres pays représentés en Suisse, à savoir le Kenya, le Nigéria, le Ghana et le Cameroun, le pourcentage de femmes excisées varie entre 20 et 50% alors que le Congo démocratique présente un taux de prévalence de 5%.<sup>21</sup> Il faut donc postuler que les risques consécutifs à l'intervention sont très réels pour les migrantes en provenance de l'Afrique de l'Est, et cela également dans le contexte de la migration. (Nyfeler und Béguin Stöckli 1994; Beck-Karrer 1996)<sup>22</sup>.

#### **Recommandation 22**

**→ Les médecins, en particulier les gynécologues, doivent être sensibilisés à la thématique de l'excision féminine.**

Outre l'excision féminine, d'autres pratiques traditionnelles influencent le risque d'infection par le VIH couru par les femmes. Il convient de mentionner à ce propos des pratiques sexuelles telles que le „dry sex“ (assèchement et rétrécissement consécutif du vagin au moyen d'acide - jus de citron, vinaigre - de sel ou de plantes médicinales), ce qui accroît la vulnérabilité des muqueuses féminines et fait obstacle à l'usage du préservatif.

Il y a lieu d'autre part de citer des pratiques matrimoniales telles que le lévirat et la tradition du lufuila néfastes, en terme de risque, pour les femmes (European Union 2000). Le lévirat prône le remariage des veuves avec le frère, le neveu ou le cousin de l'époux décédé. Il est notamment répandu dans les pays d'Afrique centrale. Le lufuila est un rituel de purification, également destiné aux veuves, qui comporte un rapport sexuel unique de celles-ci avec un homme qui ne doit pas nécessairement être un parent du défunt. Selon le rapport de Baruani, le lévirat et le rituel du lufuila jouent un rôle essentiel dans la propagation du virus IH au sein de la population africaine (Baruani Yuma und Louhenapessy env. 1986). Nos données ne nous permettent pas de mesurer l'impact du lévirat et du lufuila dans le contexte de la migration.

Les asymétries économiques et sociales décrites plus haut sont accentuées lors de rapports sexuels non protégés puisque les femmes sont, du point de vue biologique, plus exposées à une contamination que les hommes. En d'autres termes, en cas de rapport sexuel vaginal non protégé, une femme risque davantage d'être contaminée par un homme séropositif qu'un homme de l'être par une femme séropositive.

Les femmes sont ainsi plus exposées à une transmission hétérosexuelle pour des raisons économiques, sociales, biologiques.

#### **Recommandation 23**

**→ En raison de la plus grande vulnérabilité économique, sociale et biologique des femmes, la prévention primaire ne doit pas être axée en premier lieu sur la femme, mais mettre en évidence la responsabilité de l'homme. Les hommes doivent être incités à modifier leurs comportements à risques, les personnes-clés doivent être encouragées à prendre position contre les**

<sup>21</sup><http://www.who.int/dsa/cat98/fgmbook.htm#2>. Prevalence and epidemiology. Il n'y a pas de données sur les prévalences de la FGM en Angola et en Afrique du Sud.

<sup>22</sup> Voir également la brochure d'information sur la mutilation génitale des femmes, éditée par: anthropologists against genital mutilation antagem (→ 14).

**rapports sexuels non protégés (unsafe sex) et contre certaines pratiques traditionnelles<sup>23</sup>.****Recommandation 24**

→ **Dans le cadre du soutien général aux organisations structurées et aux projets émanant des communautés subsahariennes, il convient de promouvoir en particulier les structures renforçant l'affirmation (empowerment) des femmes.**

**Prostituées (*Migrant Sexworkers*) et migrantes en situation illégale**

Les migrantes actives dans le commerce du sexe et – dans une certaine mesure en lien avec ce domaine – les migrantes en situation illégale, constituent des groupes à risque spécifiques parmi les migrantes subsahariennes.

Dans la mesure des vérifications possibles, les migrantes subsahariennes actives dans le commerce du sexe semblent être majoritairement originaires du Cameroun et du Congo démocratique. Comme les autres migrantes impliquées dans le commerce du sexe, celles en provenance du Subsaha sont fortement dépendantes économiquement de proxénètes et de propriétaires de 'bordels'.

Tributaires d'un revenu réalisé en se prostituant, les migrantes actives dans le commerce du sexe acceptent plus facilement de se conformer à des pratiques à risques pour elles. Ces dépendances sont encore accentuées chez les prostituées en situation illégale. Il apparaît clairement que les conditions restrictives de l'immigration et les obstacles légaux à l'emploi pour les personnes migrantes favorisent le développement de réseaux de traite des femmes y compris de celles en provenance des pays subsahariens. La Suisse semble compter un certain nombre de migrantes subsahariennes sans statut, soumises à des conditions de travail illégales ou semi-légales dans le domaine de la prostitution et du cabaret. Ces femmes sont davantage soumises à des conditions de travail défavorables, elles perçoivent une rémunération inférieure (à la norme) et sont exposées à toutes sortes d'exploitations et d'abus. Elles sont par exemple obligées d'accepter des loyers prohibitifs sans rapports avec les arrangements contractuels (Aide suisse contre le sida 1999).

Selon les indications de nos interlocuteurs, les prostitué-e-s (*Migrant Sexworkers*) en provenance des pays subsahariens travaillent dans un contexte à risques et ceci de plus, sans protection. Dans le domaine de la prostitution, le pouvoir de négociation des migrantes pour imposer le safer sex est très limité. Avec les amis et les connaissances particulièrement, c'est-à-dire en majorité avec des solliciteurs d'origine africaine, l'usage du condom est rare. Ce constat est confirmé par l'enquête menée dans le cadre du projet APiS de Bâle (Ville et Campagne) pour les prostitué-e-s (*Migrant Sexworkers*) en général (Aids-Hilfe beider Basel 1999a).

Les solliciteurs d'origine africaine ne se perçoivent souvent pas comme clients mais essaient de nouer des relations à plus long terme. Parce qu'elles doivent se distinguer de rapports limités au commerce du sexe, ces relations comportent également des obligations morales. Il convient de rappeler aussi à cet égard l'habitude, déjà évoquée et non limitée au domaine de la prostitution (→ 8.5), de nouer des relations par un échange de bijoux et de vêtements contre des rapports sexuels.

<sup>23</sup> Cette attention portée sur les hommes correspond également à la campagne de ONUSIDA pour l'an 2000 (<http://www.unaids.org>).



Du fait qu'elles sont souvent sans statut légal, les *sexworkers* d'origine africaine travaillent surtout dans les bordels et les cabarets où leur situation les contraint à de se tenir en retrait. Elles sont donc d'autant plus difficilement atteignables. La pratique du trottoir comporte un risque plus élevé d'être appréhendé(e) et renvoyé(e).

On constate que les migrantes subsahariennes pratiquant sur le trottoir suivent la tendance générale à travailler davantage avec le téléphone mobile. Les prostituées ne sont plus abordées directement mais contactées par téléphone mobile pour convenir d'un lieu de rendez-vous. Les médiatrices projetant de joindre ces femmes se heurtent ainsi à de nouveaux obstacles pour les atteindre vu la difficulté de simplement les localiser. Selon l'Aide suisse contre le sida, les expériences faites à l'étranger montrent que le recours à des médiateurs hommes pour la prise de contact téléphonique est tout à fait pertinent, les femmes interrompant sinon la conversation (Aide suisse contre le sida 1999).

Parmi les problèmes de santé abordés par les *Migrant Sexworkers* originaires des pays subsahariens avec les médiatrices et médiateurs africains dans le domaine du sexe rémunéré (→ 10), le VIH/sida ne figure pas en tête. Sont surtout cités des problèmes gynécologiques, notamment les grossesses et des problématiques de toxicodépendance générés par l'obligation de consommer (des boissons alcoolisées) dans les cabarets. Les médiatrices constatent, particulièrement chez les femmes en situation illégale, des problèmes de santé préoccupants. En plus de mauvaises conditions de vie - des logements exigus et peu hygiéniques dans les bordels par exemple - sont évoqués l'isolement et la solitude. La crainte des mesures de la police des étrangers, la méconnaissance du secret professionnel, l'absence d'assurance maladie expliquent pourquoi ces femmes sollicitent peu l'aide médicale ou très tardivement seulement. Le défaut d'assurance maladie et le manque de connaissances juridiques d'une part, l'absence d'offres appropriées d'autre part, conduisent à une prise en charge médicale et psychosociale nettement insuffisante.

Il faut déplorer la rareté des offres spécifiquement destinées aux migrantes en situation illégale et prenant en compte notamment la difficulté de rejoindre ce groupe cible. Le centre de consultation médicale pour les femmes en situation illégale, ouvert à Berne<sup>24</sup> en 2001, va recueillir les premières expériences dans ce domaine. Le travail entrepris dans le cadre du projet APiS d'aller à la rencontre de ces femmes, permet également d'atteindre une partie de ce groupe cible.

## 8.6 Enfants et jeunes

Nos données (Office fédéral de la santé publique 1997) confirment la nécessité, mentionnée dans le compte-rendu d'activité du Rapport sur les migrants 1995 - 1997, d'une prévention spécifique au groupe cible des jeunes Africain-e-s.

Selon les indications fournies par un représentant de l'Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA, les jeunes migrant-e-s en provenance du Sahara sont certes au courant des risques liés au VIH/sida, mais ont néanmoins tendance à négliger les règles du *safer sex*. Ce sont en général les jeunes femmes – souvent aussi des Suissesses – qui prennent l'initiative d'utiliser le préservatif, associant éventuellement celui-ci à la contraception.

Parlant du décalage, relevé également parmi les jeunes, entre les connaissances du sujet et la négligence à adopter un comportement respectueux de la santé, un de nos interlocuteurs l'associe au contexte culturel : on a affaire dans les pays subsahariens, à une éducation

<sup>24</sup> MeBiF, Lorrainestr. 14, 3013 Bern, Postadresse: MeBiF, Postfach 346, 3000 Bern 11, email: MeBiF@gmx.ch.

sexuelle ponctuelle fortement empreinte du tabou. Le même interlocuteur ressent cette éducation comme une infantilisation des jeunes. La sexualité et les thèmes spécifiques au VIH/sida sont abordés presque exclusivement dans le cadre de cercles d'amis du même sexe où s'échangent d'ailleurs souvent des informations fausses. Il semble que les jeunes hommes aient de la peine à acheter des préservatifs.

Le contexte de la migration offre à cet égard des opportunités vu l'impact moindre du contrôle social et la levée socialement admise du tabou parmi les jeunes.

Les jeunes manifestent cependant peu d'intérêt pour la problématique du VIH/sida. Une motivation spéciale est nécessaire pour qu'ils s'y confrontent. La collaboration avec de jeunes médiatrices et médiateurs sera certainement fructueuse dans ce contexte, de même qu'une entrée en matière à partir des structures et des démarches de l'AJOA. La rencontre mensuelle du groupe, un envoi par e-mail ou le projet de créer un site Web, par exemple, sont autant d'opportunités pertinentes d'entrer en matière.

#### **Recommandation 24**

➔ **Pour la prévention du VIH/sida auprès des jeunes en provenance du Subsahara il faut collaborer avec des médiatrices et des médiateurs jeunes et partir de structures et de démarches existantes.**

## 8.7 Consommateurs de drogue

Selon les statistiques de l'OFSP, 0.4% des personnes migrantes en provenance des régions subsahariennes affirment avoir été infectées lors d'injections de drogues par voie intraveineuse (OFSP section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP section toxicomanie et sida 2000). L'injection de drogues par voie intraveineuse n'est pas courante en Afrique, contrairement à la consommation d'alcool. Lors de la conférence internationale sur le sida à Durban en 2000, il a été fait mention cependant d'une augmentation probable du nombre de consommateurs de drogues par voie intraveineuse dans quelques métropoles africaines. Des expériences faites par des institutions proches de la rue en Suisse confirment que les dealers africains qui offrent surtout de la cocaïne, mais aussi de l'héroïne, sont rarement consommateurs eux-mêmes. C'est pourquoi ils sont peu accessibles au travail de prévention du VIH/sida qui s'effectue par exemple dans le cadre de l'échange des seringues usagées contre des stériles. Certains d'entre eux semblent néanmoins courir des risques considérables de contamination par le VIH en se faisant payer par les consommatrices de drogues sous forme de rapports sexuels plutôt qu'en argent. Le risque est d'autant plus réel que certains exigent alors de renoncer à l'usage du préservatif<sup>25</sup>.

#### **Recommandation 25**

➔ **Inclure la consommation intraveineuse de drogues dans le travail de prévention n'a pas de sens pour l'instant.**

## 8.8 Hommes homosexuels

Selon les statistiques de l'OFSP, 0.0% des migrants subsahariens disent avoir été contaminés lors de rapports sexuels avec des hommes (OFSP section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP section toxicomanie et sida 2000). Que des hommes africains aient des

<sup>25</sup>Nous ne disposons d'aucune information sur la prostitution masculine, selon Muluneh et Waka (1999: 55) celle-ci semble toutefois exister.

rapports sexuels avec d'autres hommes est, selon Muluneh et Waka (1999) un fait<sup>26</sup>. Que le terme d'homosexualité soit approprié en l'occurrence reste pour l'instant une question ouverte. Il y aura toutefois lieu de traiter à l'avenir le thème des relations homosexuelles entre hommes.

Nos interlocuteurs, qu'ils soient d'origine africaine ou actifs dans des institutions suisses, confirment à l'unanimité que l'homosexualité entre personnes africaines est un sujet tabou. A la consultation Sida, par exemple, toutes les personnes sont questionnées systématiquement sur les contacts sexuels avec des personnes appartenant à ce qu'il est convenu d'appeler des „groupes à risques“, ce qui comprend également des hommes homosexuels. Cette question sur les contacts sexuels avec des hommes vexé souvent les personnes d'origine africaine. Les quelques Africains qui affichent leur homosexualité sont exclus de la société. Il n'existe quasiment pas non plus d'expériences institutionnelles avec des hommes homosexuels africains.

#### **Recommandation 26**

➔ **Inclure l'homosexualité dans le travail de prévention n'est pas indiqué dans un premier temps.**

## 8.9 Accès aux offres de consultation

Les offres de consultation dans le domaine du VIH/sida sont en général peu connues parmi la population migrante subsaharienne et peu sollicitées. Les raisons de ce désintérêt ont déjà été évoquées: Les personnes migrantes sont absorbées par d'autres soucis, tels que la recherche d'un logement et d'un emploi, la réglementation juridique relative au statut de séjour, etc.. A cela s'ajoutent d'autres motifs: la crainte, largement répandue, d'une discrimination consécutive à la séropositivité d'une part, une méconnaissance du système sanitaire suisse, notamment parmi les personnes migrantes nouvellement arrivées d'autre part. Mal informées, les personnes migrantes subsahariennes se rendent même pour des problèmes de santé dans des centres de consultation qu'ils connaissent déjà certes, mais qui ne sont pas compétents pour les traiter, les centres de contact axés sur les questions relatives aux réfugiés par exemple. Les institutions en contact avec des Africain-e-s devraient disposer des informations appropriées pour être en mesure de les orienter judicieusement.

L'accès malaisé au système sanitaire et aux centres de consultation dans le domaine du VIH/sida soulève la question de la manière de rendre les offres de consultation plus accessibles pour les personnes migrantes. Une information spécifique à propos des institutions de soin en général et des centres spécialisés en matière de conseils et de tests relatifs au VIH est nécessaire.

Les personnes-clés de leurs communautés respectives peuvent contribuer à rendre les centres de consultations plus familiers pour les personnes migrantes. Faire connaître de manière ciblée et au travers d'une promotion transmise oralement le le guide santé de Caritas /Croix-Rouge, en voie d'élaboration, auprès du groupe cible serait certainement utile à ce propos.<sup>27</sup>

#### **Recommandation 27**

➔ **Il faut faire connaître les offres de consultation par l'intermédiaire de personnes-clés de la population migrante subsaharienne et par le biais**

<sup>26</sup> Une communauté gay est présente dans certaines métropoles africaines, à Durban par exemple.

<sup>27</sup> Guide santé à l'intention des migrants-e-s (Gesundheitswegweiser für MigrantInnen), édité par l'OFSP, rédigé par la CRS et Caritas Suisse. A paraître vraisemblablement en avril 2001.

### **d' institutions en contact avec des Africain-e-s.**

L'accès au système de santé et aux consultations doit non seulement être amélioré grâce à une information renforcée et spécifique du public cible, mais de plus les offres de consultation existantes au sein des organismes sanitaires doivent être adaptées à la population migrante. Il convient de développer la sensibilisation et l'ouverture des institutions sanitaires pour qu'elles puissent mettre à disposition des offres spécifiques à l'intention des personnes migrantes et qu'elles intègrent davantage les médiatrices et médiateurs dans leur prise en charge.

## **8.10 Le test VIH**

Selon les déclarations concordantes de médecins et d'autres représentants d'institutions, c'est à un stade relativement avancé de la maladie seulement que la plupart des personnes migrantes subsahariennes consultent en général le médecin de famille ou qu'elles sont dirigées vers la consultation Sida. Ce n'est qu'à ce moment-là, sur proposition du médecin, qu'un test VIH est effectué. Ce constat concorde avec les expériences faites dans d'autres pays européens, en Hollande<sup>28</sup> et en France par exemple. En France, dans les années 1994 à 1998, le test n'a été effectué qu'après l'apparition de symptômes du sida pour le 51 % des personnes migrantes subsahariennes déclarées séropositives par le test. A titre de comparaison, ce taux n'était que de 22% parmi les personnes de nationalité française que le test a signalées comme étant séropositives (Savignoni et al. 1999).

Les raisons courantes de se soumettre à un test VIH sont: une visite chez le médecin suite à l'apparition de symptômes du sida, une grossesse ou la pression d'une/un partenaire suisse. Les personnes migrantes se soumettent rarement d'elles-mêmes à un test ou ne font pas la relation entre les symptômes de la maladie et une éventuelle infection par le VIH. D'après les expériences des collaborateurs du centre de test VIH à Berne, relativement peu de personnes migrantes subsahariennes viennent consulter pour un test; ceux qui s'y soumettent le font pour la plupart à la demande de leur partenaire suisse. A la consultation Sida de Berne, les personnes migrantes subsahariennes invoquent parfois comme motif de leur réticence à faire le test des raisons politiques, à savoir la crainte d'un renvoi. Un dépistage précoce du VIH et la prévention du sida seraient favorisés si l'information selon laquelle le statut de séjour en Suisse n'est pas tributaire d'un résultat négatif du test était largement diffusée.

La méconnaissance du système sanitaire global et plus précisément des offres spécifiques en matière de test expliquent la réticence à se soumettre à un test et à se confronter à la réalité du VIH/sida. D'autres raisons l'expliquent également, à savoir par exemple, les informations reçues sur le VIH, la signification de celui-ci, de même qu'une confiance limitée dans la fiabilité du test VIH: „people don't want to live with the fear“ (les gens ne veulent pas vivre avec la peur). S'en remettre au seul résultat du test VIH comme preuve de l'infection, suppose de plus une grande familiarité avec le système référentiel scientifique (Schwab 2000).

### **Recommandation 28**

**→ L'information relative au test VIH, notamment à propos d'une garantie possible de l'anonymat, doit être diffusée et accessible.**

<sup>28</sup> European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

Le bruit court que les examens sanitaires à la frontière comprennent un test VIH. D'où la crainte d'un lien entre statut de séjour et résultat du test. Cette croyance peut aussi rassurer à tort les personnes concernées en leur faisant penser qu'elles ne sont pas séropositives. Il convient donc de préciser explicitement que l'examen fait à la frontière ne comporte pas de test VIH, cela d'autant plus lorsqu'à l'occasion de l'examen médical, les intéressés reçoivent, d'ailleurs à bon escient, du matériel de prévention relatif au sida (préservatifs, brochures).

#### **Recommandation 29**

**→ Lors de l'examen sanitaire à la frontière il faut explicitement indiquer qu'aucun test VIH n'est effectué.**

Il importe d'avoir à l'esprit lors du test qu'un résultat positif peut avoir des conséquences préjudiciables pour les personnes concernées (→ 8.1).

Le test dit rapide, avec résultat après 30 minutes, a déjà été introduit ou le sera bientôt dans divers centres de test VIH. Une réflexion sur les perspectives offertes par cette procédure simplifiée est en cours: Effectué également en dehors des cabinets médicaux et des hôpitaux par des professionnels, le test serait-il plus accessible ? Cette réflexion devrait être élargie également à l'accessibilité du test pour les personnes migrantes. Il faudrait notamment offrir à cet égard un conseil de qualité par l'intermédiaire de personnes dotées des compétences transculturelles appropriées. Il conviendrait également de garantir la sauvegarde du libre arbitre, de l'anonymat, de l'indépendance entre le résultat du test et le statut légal. De plus, les gens devraient pouvoir être orientés vers des centres spécialisés.

## 8.11 Prévention dans les centres pour requérants d'asile

Plusieurs de nos interlocuteurs ont fait état de la nécessité d'une prévention du VIH/sida parmi les requérant-e-s d'asile en provenance des régions subsahariennes. Cette démarche doit à notre avis être intégrée dans le cadre de la prévention parmi les requérants d'asile en général.

Les requérant-e-s d'asile sont facilement et rapidement atteignables pour la prévention primaire et la promotion de la santé au moment de leur passage, à leur arrivée en Suisse, dans les centres de premier hébergement et de transit. Cette opportunité pour la prévention est certes partiellement exploitée mais elle ne l'est pas de manière systématique. Afin d'éviter une stigmatisation, la promotion de la santé dans les centres d'hébergement pour requérants d'asile ne doit toutefois pas viser des groupes spécifiques seulement mais concerner les requérants de toute provenance. Les institutions actives dans le domaine du VIH et de la migration considèrent qu'une promotion systématique de la santé, effectuée de plus dans tous les centres d'hébergement installés en Suisse, serait idéale. Les expériences faites par certaines institutions sur ce plan montrent que cette promotion de la santé doit également être menée en coordination avec l'ODR.

Les expériences montrent que la mise en œuvre pertinente d'une promotion de la santé aux effets durables dans les centres d'hébergement s'appuie sur la collaboration directe avec les médiatrices et médiateurs (partie prenante au stade de la planification déjà!) mais également sur une formation continue des collaborateurs des centres. Les expériences de prévention faites en Allemagne auprès des requérant-e-s d'asile (Jung und Taschies 2000) démontrent qu'il convient d'inclure dans la prévention du VIH la transmission de connaissances relatives

au VIH/sida et à d'autres MST. Vu le nombre élevé d'hommes seuls parmi les requérants et la l'approche distincte de la sexualité et de la prévention propre à chaque sexe, une approche spécifique à l'intention des femmes, respectivement des hommes, s'impose également.

**Recommandation 30**

→ **Une promotion de la santé systématique, non limitée au VIH/sida et non restreinte à certains groupes de migrants, menée dans les centres d'hébergement pour requérants d'asile établis sur l'ensemble du territoire suisse, doit être coordonnée par l'OFSP et l'ODR.**

## 8.12 Médiatrices et médiateurs originaires des régions subsahariennes

Vu le rôle essentiel que joue la communication orale lorsqu'elle passe par des personnes de confiance, la prévention au travers de visites de médiatrices et de médiateurs aux personnes concernées fait ses preuves au sein du groupe cible. Les médiatrices et médiateurs sont les personnes appropriées pour le travail de prévention auprès du groupe cible : l'expérience a montré en effet qu'un échange sur des thèmes aussi personnels que la sexualité entre Africain-e-s et Suisses est difficile. Ceci est d'autant plus vrai que leurs expériences avec les autorités suisses rendent les personnes africaines souvent réservées dans leurs contacts avec des ressortissants suisses (Ezeoba 2000).

Les institutions actives dans le domaine de la santé et de la prévention du VIH parmi la population migrante déplorent toutefois que les médiatrices et médiateurs originaires des pays subsahariens soient aussi rares.

Les médiatrices et médiateurs de ces régions déjà en fonction constatent dans leur travail une formation continue trop lacunaire, notamment à propos des thérapies et de l'infrastructure sanitaire générale.

A notre avis, les conditions d'engagement en particulier mais également le contexte de la formation, initiale et continue, et l'accompagnement professionnel des médiatrices et médiateurs sont insatisfaisants. Il convient donc de renforcer le soutien apporté aux médiatrices et médiateurs et leur intégration au sein de l'appareil institutionnel.

Le profil requis pour les médiatrices et médiateurs ainsi que les conditions cadres de leur formation initiale et continue et de leur accompagnement seront présentés au chapitre 13.

**Recommandation 31**

→ **Des médiatrices et médiateurs originaires des pays subsahariens doté-e-s des compétences requises doivent bénéficier d'une formation de base et continue et d'un accompagnement sur mandat de l'OFSP.**

## 8.13 Matériel de prévention

L'évaluation du programme national VIH/sida a mis en évidence l'insuffisance de moyens de prévention dans ce domaine auprès de la population migrante (Jeannin et al. 2000: 70, 72). Une coordination à l'échelle nationale d'une part et un éventail de matériel de prévention à l'intention de la population migrante dans son ensemble et des groupes cibles spécifiques d'autre part font ainsi défaut. Une mise en réseau à l'échelle européenne serait certainement

fructueuse dans ce domaine. La liste de matériel (→ 14) fait notamment référence à un catalogue de matériel sur le thème migration et VIH/sida édité par AIDS & Mobility et couvrant toute l'Europe.

Pour le groupe cible des personnes migrantes en provenance des pays subsahariens nous recommandons de passer en revue le matériel déjà existant en Suisse et à l'étranger (→ 14) et sur cette base d'en produire du nouveau pour le compléter.

Nos interlocutrices et interlocuteurs ont estimé adaptés le matériel et les médias destinés à la prévention figurant ci-après:

#### **Matériel et médias destinés à la prévention**

- T-Shirts
- Affiches créées par des artistes africains
- Brochures dans les langues maternelles respectives
- Vidéos
- Productions de théâtre
- Numéros de cabaret
- Jeux
- Contes
- Chants

Les expériences réalisées lors de la création de matériel dans les langues maternelles respectives ont été très diverses. On estime à cet égard excessif l'investissement nécessaire à cette création qui doit prendre en compte à la fois des aspects linguistiques, psychologiques, relationnels et techniques. La garantie de la qualité du matériel de prévention dans les langues maternelles ne peut de plus guère être offerte. Il en va de même à propos de l'utilisation de matériel issu des pays d'origine (Müller ; Narimani und Baune 1999: 29). Au vu des grandes compétences décelées au sein des groupes cibles dans les langues étrangères, les investissements sont également considérés comme inadaptés.

L'effet du matériel en langue maternelle pour rejoindre la population ciblée est par ailleurs jugé excellent, et ceci à un prix raisonnable.

Les contenus spécifiques des messages de prévention doivent être définis en étroite collaboration avec les médiatrices et médiateurs en fonction d'une évaluation permanente. En plus des contenus généraux spécifiques à la migration de la brochure relative au VIH/sida publiée par l'OFSP à l'intention de la population migrante, il est nécessaire de prendre particulièrement en compte les éléments mentionnés dans l'encadré<sup>29</sup>.

#### **Recommandation 32**

**→ Les contenus du matériel de prévention élaboré dans les langues maternelles doivent être définis en collaboration avec les médiatrices et médiateurs et modifiés en fonction d'une évaluation permanente.**

#### **Recommandation 33**

<sup>29</sup> „Was bedeuten Aids und HIV?“. Brochure d'information pour les migrant-e-s, Office fédéral de la santé publique, service migration, Projet migration et santé, disponible en espagnol, albanais, anglais, allemand, français, portugais, italien, turc\*, croate\*, tamoul\*, arabe\*, russe\*, somalien\*. \*= pas encore disponible. A commander chez: Aids Info Docu Schweiz, Schauplatzgasse 26, 3001 Berne, téléphone 031 318 32 70, fax 031 311 05 65, email: bestellungen@aid.ch

➔ **Le matériel de prévention dans les langues maternelles doit faire porter la réflexion sur les messages généraux de l'OFSP et sur des aspects socioculturels spécifiques.**

### **Messages de prévention spécifiques à l'intention des migrant-e-s originaires des pays subsahariens**

#### **Modes de transmission (→ 8.3)**

Le virus IH ne peut pas être transmis par

- l'utilisation commune de la vaisselle
- les piqûres de moustiques
- la toux

#### **Comportements pour se protéger (→ 8.3)**

Eviter l'utilisation de graisses et d'huiles, en particulier de la vaseline, lors de l'utilisation de préservatifs

#### **Risques (→ 8.5)**

L'excision féminine et d'autres pratiques culturelles accroissent le risque d'infection par le VIH

#### **Symptômes du sida (→ 9.1)**

- La maigreur n'est pas nécessairement un symptôme du VIH/sida, de même que l'embonpoint n'est pas l'indice de l'absence de virus.
- La séropositivité n'est pas identifiable de l'extérieur.

#### **Traitements (→ 9.1)**

- En général, des traitements complémentaires et traditionnels peuvent être suivis parallèlement au traitement médical. Une surveillance clinique régulière de la santé doit être assurée en parallèle.
- Les remèdes traditionnels sont ressentis comme bénéfiques par certaines personnes. Il est important que le médecin en soit informé du fait que certains de ces remèdes sont susceptibles d'influencer d'autres traitements du VIH.
- Des guérisseurs traditionnels prétendent pouvoir guérir le VIH/sida. L'infection par le VIH n'est pour l'instant pas guérissable.

#### **Soutien (→ 8.3)**

Les églises, les sectes et les groupes de prière peuvent représenter un soutien important pour des personnes croyantes atteintes du VIH/sida. Certains guides spirituels professent des opinions conservatrices à propos de VIH et / ou en désaccord avec le traitement médical. Certains postulent que l'Infection par le VIH peut être combattue ou guérie par des miracles ou par la prière. D'autres groupes religieux toutefois ont un point de vue progressiste face au VIH/sida et compatible avec les approches médicales. |



## 9 Prévention parmi la population migrante séropositive originaire des pays subsahariens

Les données épidémiologiques de l'Office fédéral de la santé publique laissent supposer qu'une part non négligeable des personnes séropositives originaires du Sahara l'était déjà lors de leur entrée en Suisse (OFSP section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP section toxicomanie et sida 2000).

Les premiers résultats provisoires du projet No. 310<sup>30</sup> en cours dans le cadre de l'étude suisse de cohorte VIH (SHCS) indiquent que les personnes en provenance d'Afrique subsaharienne sont surreprésentées parmi les personnes séropositives et atteintes du sida figurant dans les cohortes SHCS. Le groupe le plus important parmi elles est constitué par les personnes originaires du Congo démocratique. Ces chiffres élevés mettent en évidence l'importance du problème, mais ils attestent également qu'une certaine proportion de la population migrante subsaharienne séropositive sollicite les centres de consultations VIH.

Ces indications montrent qu'un travail de prévention auprès des personnes séropositives doit viser aussi à l'amélioration de l'accès à la prise en charge médicale et psychosociale et aux médicaments. Il doit également s'étendre à la prévention de l'infection et tendre parallèlement à une diminution de la stigmatisation.

### 9.1 Significations du sida

A côté des représentations du sida sous-jacentes aux termes périphrastiques employés pour désigner cette maladie (→ 8.3), divers facteurs explicatifs doivent être intégrés dans le travail de prévention.

Des facteurs fortement exogènes sont en général désignés au niveau de l'étiologie du VIH/sida. Plusieurs parmi nos interlocuteurs s'accordent à constater une représentation du VIH/sida comme un châtement divin ou la sanction d'une faute individuelle en rapport avec un comportement social fautif. Celui-ci peut être en lien avec la personne concernée ou avec quelqu'un de son entourage et revêt ainsi une dimension collective. Cette représentation accentue la connotation honteuse associée au VIH/sida et renforce encore le tabou, d'où l'isolement, parfois très grand, des personnes touchées. En termes de prévention du VIH cette vision des choses peut être un obstacle à la pratique du safer sex, du fait que des rapports sexuels non protégés ne sont pas perçus comme cause effective de l'infection. Même lorsque la transmission par voie sexuelle n'est pas niée, l'idée demeure que la contamination lors de rapports non protégés est la résultante des facteurs susmentionnés.

L'étiologie de la maladie est fortement alimentée par ce type de facteurs exogènes: Pourquoi suis-je tombé malade ? Pourquoi quelqu'un de mon entourage a-t-il contracté la maladie ? Quelles sont les causes sociales sous-jacentes ? Le sida est également souvent associé à cet égard à des actes de sorcellerie (Guyot 1995/96; Studer 2000)<sup>31</sup>. Les stratégies de soins,

<sup>30</sup> sous la direction du Dr. med. Hansjakob Furrer, Hôpital de l'île Berne: Immigrants from developing countries in the Swiss HIV Cohort Study: Proportion of enrolled patients, course of HIV, access to antiretroviral therapy

<sup>31</sup> Dans ce contexte, il convient de relever les analogies entre sida et sorcellerie: tous deux sont perçus comme la conséquence d'un comportement fautif et de tensions au sein du réseau social et l'on ne parle ni de l'un ni de

respectivement les représentations de la thérapie, sont fondées sur l'espoir que le VIH/sida peut être guéri par Dieu ou par des forces supérieures, une fois reconnues et combattues les causes sociales du mal. Certaines personnes atteintes consultent ainsi des marabouts, des guérisseurs religieux ou des naturopathes sans nécessairement en faire part lors du setting médical. D'où parfois un certain scepticisme quant à l'efficacité de la thérapeutique médicale. Même si les thérapies sont suivies, c'est souvent sans grande conviction. Des expériences conduites dans le cadre de projets en Belgique il ressort à quel point il est important dans la prise en charge médicale, de rester ouvert à des modèles explicatifs différents, de les discuter, de débattre des éventuelles contradictions et de ne pas prétendre à l'exclusivité des approches thérapeutiques médicales. C'est ainsi que la continuité de la prise en charge peut le mieux être préservée (Louhenapessy 1996).

Comme maladie transmissible le VIH/sida reçoit une connotation stigmatisante supplémentaire au sein de sociétés fortement axées sur la collectivité: étant transmissible, elle affecte la relation de la personne concernée avec la collectivité et revêt ainsi une dimension sociale existentielle. On parle très souvent dans ce contexte de la „mort sociale“ de la personne atteinte de l'infection évoquant ainsi un des aspects les plus menaçants du VIH/sida. Dès l'instant où une personne est connue comme séropositive on l'évite, y compris, par crainte, pour des repas pris en commun. D'où la fréquente dissimulation de la maladie pour éviter ce risque. La quasi totalité des migrant-e-s d'Afrique subsaharienne interviewé-e-s s'accordent à affirmer ne connaître aucune personne séropositive ou n'avoir eu connaissance de la séropositivité d'une personne qu'une fois celle-ci tombée malade ou décédée. Les partenaires eux-mêmes ne sont pas toujours informés d'une infection VIH. La solidarité familiale à l'égard des personnes atteintes du sida s'exprime souvent en cachette, les proches craignant d'être associées à la maladie. C'est pourquoi les connaissances sur la propagation de la maladie sont souvent minimales. Le fait de „vivre dans le mensonge“ est perçu par les personnes touchées comme très lourd.

La prise en charge et le conseil sont par conséquent d'autant plus importants pour elles. A cet égard, la dimension collective devrait si possible également être prise en compte par l'intégration et la mise au courant des membres de la famille, par exemple, si le souhait en est exprimé. Un aspect fondamental de la sensibilisation consiste à mettre en évidence les activités communes ne comportant pas de risque d'infection et à souligner que la vie quotidienne avec une personne VIH positive ou atteinte du sida n'entraîne pas un danger de contamination. Il convient toutefois de réaliser par ailleurs que les mécanismes d'exclusion sont des processus sociaux complexes qui ne peuvent être expliqués uniquement ou essentiellement par la peur de la contamination. Une discussion ouverte à propos du VIH/sida, de la situation de vie et des problèmes des personnes atteintes, est une condition fondamentale pour éviter la stigmatisation et l'isolement. Il est de même essentiel à cet égard d'éviter d'associer VIH avec mort inéluctable et de mettre au contraire en évidence le potentiel offert par un dépistage précoce et des thérapies antirétrovirales. Selon les expériences dans divers pays, tels qu'au Sénégal (Desclaux 1998) ou en Suisse (Kopp 2001), les thérapies antirétrovirales contribuent à lever le tabou de la maladie et à diminuer la stigmatisation des personnes atteintes en démentant partiellement l'équation „ sida= mort “<sup>32</sup>.

---

l'autre (Schwab 2000).

<sup>32</sup> Lors de la Conférence internationale sur le sida en 2000 à Durban, Afrique du Sud, le juge sudafricain Cameron s'est déclaré ouvertement séropositif. Il a relevé à ce propos le potentiel déstigmatisant des possibilités thérapeutiques: „Once you take away the link between AIDS and inevitable death, people become less fearful, they become more receptive to education, they become more receptive to behaviour change and societal

**Recommandation 34**

→ **Encourager la réflexion sur le thème de l'exclusion des personnes touchées et sensibiliser l'opinion sur leur situation de vie et sur les possibilités de thérapie afin de diminuer leur isolement.**

L'idée est courante que l'infection se voit sur le visage du porteur/de la porteuse du VIH par le fait que la personne en question serait marquée par la maladie ou la mort. Le VIH/sida est en effet particulièrement associé à la maigreur. Ce lien se fonde notamment sur une représentation de l'apparence physique idéale associant embonpoint à beauté et prospérité. L'association entre VIH/sida et maigreur et mort conduit à l'inverse à penser qu'une apparente bonne santé est révélatrice de l'absence de virus VIH et qu'en conséquence il n'y a pas lieu de se soucier de safer sex.

**Recommandation 35**

→ **Il faut rompre l'association entre VIH et maigreur/apparence de maladie. Dans l'intérêt de la prévention primaire comme dans celui des personnes concernées, le message doit être transmis que les personnes porteuses de l'infection peuvent vivre des années, voire des dizaines d'années en bonne santé et ne pas nécessairement présenter des signes de maladie/maigreur.**

## 9.2 Accès aux consultations et aux prises en charge médicales, psychosociales et juridiques.

### Consultation et prise en charge médicales

La possibilité que le VIH puisse être traité et stabilisé fait voir le test sous un autre jour de même par conséquent que le recours sans délais aux institutions sanitaires et aux thérapies. Les études ont montré que de nombreuses personnes migrantes séropositives ne font appel que tardivement au système de soins (→ 8.10).

**Recommandation 36**

→ **L'accès à la prise en charge médicale et aux thérapies constitue un problème central et doit être rendu possible pour le groupe cible à un stade précoce de la maladie.**

L'accès à une prise en charge médicale précoce suppose que l'on fasse connaître les offres de prise en charge et de conseil mais également les possibilités de thérapie. Les thérapies antirétrovirales ne font guère l'objet de discussions au sein de la population migrante. Les informations à ce sujet proviennent en premier lieu des consultations VIH et n'atteignent par conséquent que les personnes touchées bénéficiant d'une prise en charge médicale. Selon les expériences à propos de thérapies du médiateur de l'Aids-Hilfe beider Basel, les Africain-e-s ne réalisent souvent pas que les assurances maladie financent les thérapies, ce qui est un obstacle de plus à côté de la croyance en la prétendue efficacité à guérir, déjà mentionnée, des nouveaux moyens thérapeutiques et d'offres thérapeutiques non médicales. En référence aux expériences faites en Afrique, l'avis prévaut que les thérapies sont

---

prejudice diminishes.“ (<http://196.33.164.114/projects/aidsonline/aidshomepage.nsf/LookupIndexV/>)

financièrement inaccessibles. Une fois connue l'information que les thérapies sont prises en charge par les caisses maladie c'est un éventuel obstacle qui pourrait être écarté.

### **Recommandation 37**

**→ Le travail de prévention doit inclure des informations sur les thérapies et leur financement.**

Le personnel médical perçoit la prise en charge médicale de patient-e-s africain-e-s comme très complexe. Le „piège“ d'une apparente compétence linguistique, due à la connaissance généralement présente d'une langue coloniale, est particulièrement dénoncé. Le partage d'une langue commune donne en effet l'illusion d'une compréhension mutuelle mais ne permet pas d'approfondir des aspects relevant de la communication interculturelle. Le travail avec les personnes migrantes subsahariennes étant réalisé la plupart du temps sans interprète, il n'y a pas de possibilité d'un feedback contrairement à ce qui se passe pour d'autres groupes de migrant-e-s. Il faut relever à ce propos que rares sont les médiatrices et médiateurs originaires du Sahara susceptible de suivre, par exemple, les cours de perfectionnement destinés aux professionnels de la santé en tant que personnes ressources.

La mise en route des nouvelles possibilités thérapeutiques, notamment, renforce toutefois le rôle des interprètes/médiateurs, médiatrices lors des consultations. Le bon déroulement des trithérapies n'est pas possible sans une bonne communication entre médecin et patient. Dans un souci de qualité des prestations mais aussi, en particulier s'agissant du VIH/sida, de sauvegarde du secret, le recours à des interprètes/médiateurs, médiatrices professionnels est nécessaire. Ceux-ci ne doivent surtout pas être des membres de la famille. En Belgique, le recours à des membres de la famille comme interprètes lors de la consultation de personnes migrantes africaines a posé problème à propos du secret médical (Louhenapessy 1996). Les expériences faites en Belgique attestent que le recours à des médiatrices, médiateurs est important dans la prise en charge thérapeutique de personnes migrantes subsahariennes. Il est apparu, également en Belgique, que lorsqu'elles avaient effectivement accès aux thérapies, les personnes migrantes envoyaient parfois une partie des médicaments à certains membres séropositifs de la famille de sorte qu'une thérapie se répartissait entre plusieurs personnes<sup>33</sup>. Ce problème est supposé également présent parmi la population migrante subsaharienne en Suisse.

On constate en Suisse une incohérence à propos du rôle des médiatrices et médiateurs dans ce sens que ceux-ci peuvent être rétribués lorsqu'ils pratiquent dans les hôpitaux mais pas lorsqu'ils fonctionnent dans les cabinets privés. Selon les expériences faites à l'Hôpital universitaire de Genève, l'intégration de médecins et de membres du personnel soignant africains, notamment dans les consultations sida, peut (pas nécessairement toutefois !) influencer positivement la relation de confiance et donc la prise en charge. Il faut relever à ce propos que la non reconnaissance des formations médicales des personnes migrantes représente un gaspillage d'une ressource potentielle.

Divers référentiels sociaux, culturels et religieux ont également leur importance dans la prise en charge médicale surtout lorsqu'il s'agit de VIH/sida. Il y a lieu de citer par exemple la perception de la maladie et de la mort, les représentations de la maladie, l'orientation religieuse, l'isolement des personnes touchées et, pour les femmes en particulier, le désir d'enfant, ou encore la signification de l'allaitement. Il est essentiel de prendre en compte ces

<sup>33</sup> Nel van Beelen: HIV/AIDS and Migration - Specific needs and appropriate interventions in the field of policies, prevention and care. Satellite meeting at the 13th International AIDS Conference (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

thèmes dans la prise en charge de *toutes* les personnes atteintes du VIH/sida, qu'elles soient suisses ou migrantes. Ces repères peuvent cependant peser plus encore dans le cas de la population migrante, vu l'absence fréquente d'une langue commune et la disparité des références culturelles respectives du médecin et du/de la patient-e.

**Recommandation 38**

→ **Il faut renforcer le rôle des médiatrices et médiateurs dans la prise en charge et le conseil de patient-e-s VIH/sida et développer la compétence transculturelle du personnel médical.**

**La prise en charge psychosociale**

La prise en charge psychosociale spécifique des personnes migrantes touchées, originaires du Sahara, n'est abordé pour l'heure que de manière sporadique et constitue une lacune dans le dispositif sanitaire à l'intention de ce groupe cible.

**Recommandation 39**

→ **La prise en charge psychosociale des personnes touchées doit être développée.**

Il n'existe pas suffisamment d'offres psychosociales institutionnelles d'une part ni de groupes d'entraide d'autre part, notamment ceux qui encouragent la personne touchée à parler ouvertement de sa maladie (outing). Le soutien à ces groupes est par ailleurs insuffisant. Nos interlocutrices et interlocuteurs expliquent de nouveau le faible écho des groupes de d'entraide et d'„outing“ au sein de la population cible en invoquant le caractère tabou du VIH/sida et les sanctions sociales qui l'accompagnent (→ 8.1).

Il est toutefois possible de s'appuyer pour démarrer sur les efforts entrepris dans ce sens dans les pays subsahariens (OUNSIDA 2000a), dans divers pays européens (→ 12) et tout récemment en Suisse et qui commencent de porter leurs fruits.

Il existe un groupe d'entraide de personnes africaines séropositives et atteintes du sida à Lausanne. Créé et accompagné par une médiatrice ruandaise, il est passé de cinq personnes au départ à quinze actuellement (→ 10). Celles-ci se réunissent à deux ou cinq personnes selon les besoins.

L'augmentation progressive du nombre de participant-e-s montre que la mise sur pied de tels groupes d'entraide nécessite de la persévérance et du temps.

Selon la médiatrice, le besoin d'échange et de soutien social et émotionnel des personnes touchées est très grand. Pour les hommes particulièrement il n'est guère envisageable de compter sur une démarche d'„outing“ de sorte qu'il faut tabler plutôt sur un échange à deux. L'„outing“ offre cependant aux personnes des deux sexes une opportunité très précieuse de progresser mais la démarche nécessite un grand soutien psychologique.

Parmi les sujets de conversation importants dans les groupes d'entraide figurent l'amour, le couple, la peur du rejet, la perte de confiance en soi, les différentes possibilités de thérapie au plan biomédical et non médical ainsi que, pour les femmes, la maternité et l'allaitement.

La médiatrice a élaboré un mode d'approche susceptible d'être appliqué dans d'autres villes. Il est possible de prendre contact avec elle par le biais de la consultation sida de l'Hôpital universitaire de Lausanne où sa carte de visite est remise aux personnes migrantes originaires du Sahara touchées, ce qui garantit une prise de contact anonyme.

Une collaboration avec les consultations sida semble ainsi indiquée pour la prise en charge psychosociale de personnes touchées. Lorsqu'elles ne bénéficient pas de cette prise en charge les personnes touchées ne peuvent évidemment pas être contactées par ce biais.

A Genève, Dominique Roulin du „Ministère Sida“ de l'église protestante accompagne et encadre depuis plus de 13 ans des personnes atteintes du VIH /sida. La démarche n'est pas axée sur une communauté spécifique. Dominique Roulin entretient toutefois de bonnes relations avec les communautés africaines et accompagne ainsi également des membres de celles-ci atteintes du VIH/sida, particulièrement des femmes. Pour éviter que l'infection par VIH soit connue cet accompagnement s'est déroulé jusqu'ici presque exclusivement sur le mode individuel. Le projet de constitution d'un groupe d'entraide se dessine actuellement. Le Ministère Sida est en rapport avec d'autres institutions à Genève également actives dans le domaine du VIH/sida, la consultation sida et le Groupe Sida Genève par exemple, ce qui favorise un partage des tâches pertinent et permet, si nécessaire, une orientation des personnes vers le prestataire approprié.

L'encouragement des personnes touchées à s'organiser elles-mêmes doit continuer et s'intensifier. Il faut aussi faire connaître davantage le concept „People living with Aids“ PWA (PVA en français : Personnes Vivant Avec le virus) au sein du groupe cible, à l'instar de ce qui se fait dans le cadre du projet Ecole de l'Aide suisse contre le sida qui peut compter actuellement sur la collaboration de deux personnes africaines. Dans le cadre de ce projet Ecole, c'est lors de rencontres directes avec des personnes séropositives ou atteintes du sida que peuvent se développer la compréhension pour les personnes touchées et se transmettre les informations sur la maladie. Les personnes atteintes partagent alors avec les jeunes leur expérience de vivre avec le VIH<sup>34</sup>.

Il serait judicieux de reprendre cette approche dans le cas du groupe cible au sein de la population migrante subsaharienne.

#### **Recommandation 40**

**→ Il faut éveiller la compréhension pour les personnes touchées et développer les connaissances sur la maladie au sein du groupe cible par le biais de rencontres directes avec des personnes séropositives et atteintes du sida („ People living with Aids“ PWA).**

#### **Conseil juridique**

Lors des consultations juridiques de personnes migrantes séropositives originaires du Subsahara, les questions concernent en premier lieu le statut de séjour en cas de séropositivité et les programmes de thérapies combinées en cours. L'ASS (Aide suisse contre le sida) très active dans la réflexion sur cette thématique défend à cet égard le point de vue suivant:

Il y a nécessité de s'engager contre le renvoi de personnes étrangères séropositives,

- lorsqu'il y a lieu de prévenir un traitement inhumain causé par la séropositivité,
- lorsque la maladie a atteint un tel stade que le renvoi lui-même serait de fait un traitement inhumain,
- lorsqu'un traitement combiné est en cours sur ordonnance médicale officielle (Aide suisse contre le sida 2000a),

La jurisprudence en vigueur jusqu'ici en Suisse et à la Cour européenne des droits de l'homme est en décalage avec la position de l'ASS à ce propos. Jusqu'ici l'on ne connaît que deux cas de migrants atteints du sida où la décision de renvoi a été abandonnée pour des

<sup>34</sup> <http://www.aids.ch/>

raisons humanitaires. Dans le cas de personnes étrangères séropositives bénéficiant d'une thérapie combinée sur ordonnance médicale officielle, le renvoi légal est maintenu mais assorti à une mise à disposition, pour une certaine période, des médicaments prescrits. Cette pratique est toutefois controversée du point de vue médical et du point de vue socioculturel. Elle encourage en effet le partage, mentionné précédemment, des médicaments antirétroviraux avec des parents ou proches également contaminés (Haour-Knipe 2000). L'adhésion (*Adherence*), indispensable au succès de la thérapie face aux résistances éventuelles, ne peut être garantie et entretenue qu'au prix d'une information optimale et d'une prise en charge explicite et constante, ce qui ne peut guère être assuré dans un contexte de rapatriement. Le développement de la thérapie et l'évolution de la maladie doivent de plus être surveillés de près et les médicaments être rapidement acheminés sur place et stockés de manière adéquate. Ces conditions-là peuvent difficilement être satisfaites dans un contexte de rapatriement (Aide suisse contre le sida 2000a).

Les prestataires de consultations juridiques à l'intention de personnes migrantes séropositives mentionnent surtout deux domaines problématiques. D'une part on constate qu'il y a lieu d'intervenir au sein du groupe cible des personnes migrantes en situation illégale. Se pose alors en particulier le problème de la manière de joindre ce groupe cible. Selon l'expérience du Groupe Sida Genève GSG, un nombre restreint seulement de migrants en situation illégale se rend à la consultation.

D'autre part, le seuil d'accès aux consultations juridiques pour des personnes migrantes séropositives ou atteintes du sida est très élevé. Les personnes migrantes subsahariennes se rendant à une consultation juridique sont généralement envoyées par une autre instance. Elles suivent de plus pour la plupart déjà une thérapie. Cela débouche ainsi en fin de compte sur une sélection très restrictive parmi les migrant-e-s touché-e-s par le VIH/sida. On remarque que les personnes migrantes du Sahara sont très peu organisées en réseau et que de plus elles présentent des problématiques très individuelles vu leur faible degré d'intégration sociale. Leur accès à l'information doit donc absolument être amélioré. Les femmes particulièrement doivent pouvoir être approchées.

Les hommes des communautés subsahariennes sont plus nombreux que les femmes à se rendre aux consultations juridiques. Les femmes sont en général plus réticentes à cet égard. Le fait se confirme à nouveau à propos des thèmes soumis que les migrant-e-s ne semblent pas préoccupé-e-s en priorité par des questions en rapport avec le VIH/sida mais plutôt par des sujets d'ordre général spécifiques à la migration: alors que les hommes consultent souvent pour des demandes d'asile, les femmes soumettent souvent des problèmes sociaux tels que des difficultés de couple ou des questions en rapport avec le regroupement familial intéressant des enfants restés dans les pays de provenance.

#### **Recommandation 41**

→ **Face à la complexité des renseignements juridiques, une politique d'information utilisant des brochures comme support n'est pas indiquée. Il est préférable de mieux faire connaître les centres de contact adéquats, auprès des groupes cibles comme dans les organisations d'entraide. Une communication orale, complétée par des informations écrites, est le moyen approprié (Flyer).**

## 9.3 Migrants en situation illégale

Nos données ne nous permettent de dresser un tableau détaillé de la situation des personnes migrantes séropositives originaires du Subsahara en situation illégale. Selon nos informatrices et informateurs clés, les déclarations rendues ci-après concernant la population migrante en général peuvent valoir également pour ce groupe cible particulier.

Les effets d'une prise en charge médicale très insuffisante déjà évoquée à propos des migrants en situation illégale sont encore amplifiés dans le cas des personnes séropositives dans la même situation. La prise en charge médicale et la thérapie font gravement problème en l'occurrence du fait que les migrant-e-s en situation illégale ne sont souvent pas affiliés à une caisse maladie et ne disposent donc pas des moyens de les financer. Quelques pistes sont explorées en vue de garantir le financement de la prise en charge médicale et des thérapies de ces personnes. A Genève, les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) disposent d'un fonds en faveur des migrant-e-s en situation illégale. Celui-ci ne peut toutefois pas assurer le financement de la prise en charge des personnes séropositives dont les coûts feraient exploser le budget. Un fonds alimenté par divers organismes à Genève comble cette lacune en assurant le financement de la prise en charge. Des médecins notamment offrent les médicaments antirétroviraux.

La consultation Sida de Berne dispose seulement de quelques expériences isolées avec les migrant-e-s en situation illégale. Parmi les modes de financement possibles, se trouvent par exemple des dons de la part de l'église et d'institutions diverses sans oublier le paiement par les personnes migrantes elles-mêmes des frais de laboratoire, moins onéreux que les thérapies.

### **Recommandation 42**

**→ Il faut créer, respectivement soutenir, les possibilités de prise en charge et de thérapie en faveur des personnes migrantes en situation illégale.**

La situation des personnes migrantes très mobiles pose des problèmes similaires à ceux des personnes migrantes en situation illégale. Un médecin d'origine africaine consultant à Genève a remarqué que les migrant-e-s „de passage“ étaient relativement nombreux à venir le voir et que dans leur cas aussi le diagnostic du VIH n'a été posé la plupart du temps qu'à l'occasion de la consultation. Il les a orientés, comme d'autres personnes séropositives, vers la consultation Sida où pouvait être discutée la question de la thérapie. La mobilité ne garantit guère la continuité des thérapies. On peut supposer que les cabinets de médecins africains soient considérés comme un premier lieu de consultation, plus accessible, notamment pour les personnes migrantes mal intégrées dans les structures suisses, ce qui est le cas des migrant-e-s très mobiles. Cette hypothèse devrait toutefois encore être vérifiée.

La difficulté particulièrement grande, déjà évoquée, d'atteindre les personnes migrantes en situation illégale à propos des offres de prestations sanitaires usuelles, se pose avec une acuité plus grande encore s'agissant des personnes touchées par le VIH/sida. Selon les médiateurs et médiatrices interrogés, il est plus facile d'atteindre ce groupe cible spécifique, du moins à propos de la prévention primaire, par une approche personnelle du fait que celle-ci s'aménage de toute façon souvent par des réseaux sociaux englobant également les migrant-e-s en situation illégale. C'est pourquoi les médiatrices et médiateurs doivent être sensibilisés davantage, dans leur activité, à ce groupe de migrant-e-s en situation illégale et tout particulièrement aux personnes de ce groupe touchées par le VIH/sida. Les médiatrices et



médiateurs doivent à cet égard disposer des informations de base en rapport avec le domaine (droit au traitement médical, secret professionnel des médecins, caisses maladies acceptant des personnes migrantes en situation illégale, centres de triages éventuels et fonds).

#### **Recommandation 43**

→ **Les personnes migrantes séropositives en situation illégale doivent être approchées par les médiatrices et médiateurs et informées de leurs droits en matière de santé.**

## 9.4 Aspects de la prévention spécifiques au sexe chez les femmes séropositives

La liste des cas annoncés de VIH/sida en Suisse révèle que les migrantes en provenance de l'Afrique subsaharienne sont, comme nous l'avons déjà évoqué, deux fois plus touchées par l'infection par VIH que les migrants en provenance de la même région (OFSP section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP section toxicomanie et sida 2000). La majorité des femmes avec lesquelles un contact a été établi par l'intermédiaire de la consultation Sida semble avoir contracté l'infection dans le pays de provenance.

A propos des migrantes d'Afrique subsaharienne concernées par le VIH sont identifiés en premier lieu les problèmes déjà évoqués, à savoir l'accès tardif aux prestations médicales et sociales et le grand isolement social. Ces problèmes touchent l'ensemble des migrant-e-s en provenance du Subsahara mais les femmes dans une mesure plus importante.

L'accès tardif aux prestations sanitaires peut être imputé au fait que les femmes sont davantage prisonnières du tabou lié à leur propre contamination vu qu'elles sont plus gravement affectées par les stigmatisations associées au VIH/sida. Une dissipation du tabou autour du VIH/sida et une atténuation de la stigmatisation des femmes concernées semblent la meilleure manière de favoriser un dépistage plus précoce de l'infection par le VIH.

L'isolement social qui menace les femmes concernées est énorme. Même les partenaires (surtout s'il s'agit de partenaires récents) ou les membres de la famille ne sont parfois pas au courant de l'infection. Cette remarque peut être associée à la situation des femmes atteintes du virus VIH dans les pays subsahariens qui sont victimes d'une forte exclusion sociale et parfois également de violence dès le moment où leur infection est déclarée publiquement. Une étude menée au Kenya atteste par exemple que 20% des femmes ont mentionné avoir subi des actes de violence de la part de leur partenaire lorsqu'elles lui ont annoncé le résultat du test<sup>35</sup>.

Selon les femmes concernées fréquentant la consultation Sida de l'Hôpital universitaire de Genève, la transmission de l'infection ne constitue pourtant pas leur problème principal : elles essaient en effet d'utiliser le préservatif sans indiquer la raison de ce choix. Des partenaires stables, en particulier des Suisses, bien qu'informés de l'infection par VIH, auraient cependant de la peine à faire systématique usage du préservatif.

L'isolement et le tabou lié au sida génèrent parfois un grand besoin chez les femmes touchées de parler de leur situation personnelle avec le médecin femme. Comme nous l'avons déjà

<sup>35</sup> World Aids Conference Durban 2000, Session D22 „Violence Against Women“, 12 juillet 2000

évoqué au chapitre 8.5, la communication sur la sexualité ne se fait que rarement par delà la frontière des sexes, de sorte que même dans le domaine médical une prise en charge tenant compte du sexe est judicieuse.

#### **Recommandation 44**

**→ Tendre vers une prise en charge en fonction du sexe des personnes VIH positives en provenance de l'Afrique subsaharienne.**

#### **La transmission mère-enfant**

Chaque année, plus de 600'000 enfants dans le monde sont contaminés par le VIH dont plus de 90% par une transmission mère-enfant. On estime à 5.1 millions le nombre global d'enfants contaminés par le VIH depuis le début de l'épidémie, la majorité d'entre eux dans les pays en voie de développement<sup>36</sup>.

La mère peut transmettre l'infection à son enfant pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou lors de l'allaitement. On estime que deux tiers environ des infections sont transmises en cours de grossesse et lors de l'accouchement et un tiers pendant l'allaitement<sup>37</sup>. Parmi les mesures préventives figurent les thérapies antirétrovirales pendant la grossesse, l'accouchement par césarienne et le renoncement à l'allaitement au profit d'une alimentation par biberon. La combinaison de ces mesures permet de limiter considérablement le risque de contamination de l'enfant par la mère. L'application des mesures est rendue problématique dans les pays pauvres du fait que les ressources et informations appropriées font souvent défaut. S'ajoute de plus dans le cas de l'allaitement la résistance fréquente des mères qui craignent en renonçant à l'allaitement d'afficher leur état et ainsi de s'exposer à la stigmatisation. Selon des études ponctuelles menées dans certains pays africains, entre 50% et 92% des mères séropositives ont opté pour le lait en poudre comme substitut du lait maternel (ONUSIDA 2000b: 83).

Selon nos interlocutrices et interlocuteurs d'origine africaine, les migrantes subsahariennes savent qu'il est possible d'accoucher sans transmettre le VIH/sida. Les migrantes originaires du Sahara sous traitement médical dans le cadre des consultations Sida appliquent les mesures de prévention, en particulier l'accouchement par césarienne et le renoncement à l'allaitement. Elles le font notamment parce qu'elles n'ont guère d'alternative. Dans le contexte de la migration, il est plus facile de justifier le renoncement à l'allaitement. Le contrôle social y joue en effet un rôle moindre et des raisons plausibles au renoncement à l'allaitement sont plus faciles à trouver (le manque de lait dû au stress généré par la situation de migration, par exemple).

L'offre faite aux femmes enceintes de se soumettre au test pour prévenir le risque de contamination de l'enfant donne une opportunité pour atteindre aussi des hommes séropositifs. Lorsque cela est possible et souhaité par les femmes, le test VIH et, si nécessaire, des thérapies antirétrovirales peuvent également être proposés aux partenaires<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> <http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/> (Message No 199 du 30 octobre 2000)

<sup>37</sup> <http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/> (Message No 199 du 30 octobre 2000) ainsi que Desclaux et Taverne (2000)

<sup>38</sup> European Project AIDS and Mobility: Specific needs of migrants, ethnic minorities and refugees and the field of HIV/AIDS (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/>)

Dans le cas des femmes enceintes dont la séropositivité est connue et qui bénéficient d'un suivi médical, il semble que la prévention d'une transmission du virus de la mère à l'enfant soit généralement garantie.

C'est plutôt l'absence de prise en charge médicale et psychosociale qui représente le principal facteur de risque de transmission verticale du VIH.

Cet aspect est d'autant plus important que le désir d'enfant est très fort chez beaucoup de migrantes subsahariennes. La fécondité est un aspect central de la construction de l'identité féminine dans de très nombreuses communautés africaines. Dans le contexte de la migration également, la valeur d'une femme est fortement tributaire du nombre de descendants. La signification sociale du désir d'enfant et son corollaire, la crainte de la stérilité et de la marginalisation sociale en résultant, relègue au second plan la thématique du VIH. L'infection par VIH n'est rendue publique qu'avec une extrême réticence. A fortiori, dans ce contexte, c'est également dans l'isolement et sous le poids de fortes pressions émotionnelles, qu'est prise la décision d'avoir ou non des enfants. Un dépistage précoce de l'infection et une prise en charge psychosociale adéquate de ces femmes est importante. S'impose ici aussi une mise à contribution d'interprètes facilitant l'abord de thèmes complexes tels que la signification du désir d'enfant ou – si ce désir est réalisé – l'accouchement sous césarienne et l'allaitement. (Sonnenberg-Schwan 1999; Kremer 2000; Sonnenberg-Schwan 2000)

## 10 Projets et organismes en Suisse

### Projet migration et santé

Jusqu'ici les ressortissants africains n'ont été que marginalement inclus dans la prévention du VIH/sida de l'Office fédéral de la santé publique par le projet Migrants-Santé (actuellement Projet migration et santé). Lors des premières mises au point constituant la base du projet Migrants-Santé des groupements africains (Fleury 1988) ont également été contactés et recensés. On a renoncé cependant par la suite, dans un premier temps, à inclure comme groupe cible les ressortissants africains dans le projet. Ceci, d'une part parce qu'ils représentaient un groupe de population nettement moins important que les Espagnols, les Portugais et les Turcs, par exemple, qui avaient été définis comme groupes cibles lors d'une première phase du projet. Et d'autre part en raison de la crainte très présente d'une stigmatisation dans le cas des Africain-e-s, fondée notamment sur l'exemple négatif du discours américain (USA) sur le rôle des minorités ethniques (*ethnic minorities*). Il était prévu à l'époque d'inclure les Africain-e-s dans une phase ultérieure du projet.

Le travail avec les Africain-e-s a débuté en 1993 sous la direction de Sofi Ospina. Les stratégies d'intervention, mises en œuvre par la suite, comprenaient une production théâtrale (pièce de théâtre), l'organisation d'une manifestation spécifique aux femmes dans le Moulin à Danse MAD à Genève ainsi que des manifestations d'information mises sur pied par un médiateur zaïrois dans les centres d'hébergement pour requérants d'asile. En collaboration avec le Groupe Sida Genève GSG et l'Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA, une édition spéciale, financée par le projet Migrants, de la revue "La Griffes" sur le thème du VIH/sida a été tirée à 10'000 exemplaires (Association des Jeunes d'Origine Africaine et Genève 1994). Dans les années suivantes, le GSG et l'AJOA ont entrepris un travail d'information et de prévention lors de manifestations culturelles et sportives.

Un soutien a été apporté à la création par une médiatrice ruandaise d'un groupe d'entraide de personnes africaines séropositives et atteintes du sida (→ 9.2). La constitution du groupe ayant posé problème au début vu la crainte de discrimination, il s'est agit en premier lieu d'un

soutien individuel à cinq personnes. La médiatrice continue d'assurer l'accompagnement et le soutien, depuis lors bénévolement, de personnes africaines séropositives et atteintes du sida. Elle entretient un contact régulier avec environ 15 Africain-e-s touché-e-s par le VIH/sida, en partie individuellement ou par deux et au sein d'un groupe de cinq personnes.

Après le retrait de Sofi Ospina du projet Migrants-Santé en 1998, le travail parmi la population africaine a été momentanément interrompu. Il n'a repris qu'en 2000 dans le cadre d'un projet de prévention limité dans le temps (PEPS ANCO). Au vu des expériences antérieures qui ont révélé une forte hétérogénéité et une grande dispersion des groupes cibles, un mode d'accès spécifique a été choisi. A la place d'un vaste projet global incluant toute l'Afrique ou conçu en fonction des nationalités, Zalo Zico Mpembele, médiateur congolais, a proposé de lancer un projet à l'intention des personnes appartenant au groupe linguistique parlant le Lingala, soit des Africain-e-s en provenance d'Angola, du Congo et du Congo démocratique. Cela a donné le projet PEPS ANCO qui s'est déroulé jusqu'en octobre 2000 et a visé à améliorer l'accès aux informations et aux structures de prévention au moyen d'offres à bas seuil dans la langue maternelle. (Office fédéral de la santé publique 1995; Office fédéral de la santé publique 1997; Mpembele 1999; Office fédéral de la santé publique 2000) Quelques consultations destinées aux migrants africain-e-s parlant portugais sont de plus mises sur pied par Eunice Carvalho, médiatrice pour la population portugaise vivant en Suisse. La médiatrice tente actuellement de créer au sein de la communauté capverdienne à Bâle un groupe de jeunes qui abordera certainement parmi d'autres thèmes celui du VIH/sida.

### **Aide suisse contre le sida et antennes régionales de l'ASS**

Vu l'augmentation du nombre d'infections par le VIH au sein de la population africaine vivant en Suisse, l'Aids Hilfe beider Basel, AHbB, a procédé en 1999, dans le cadre de son projet „GuM“ (Gesundheit und Migration/Santé et Migration), à une analyse de la situation afin de connaître le mode d'approche de ce groupe par le GuM le plus pertinent (→ 8.3). Depuis l'été 2000, la AHbB emploie un médiateur originaire du Kenya.

La prévention du VIH/sida auprès de la population migrante en provenance du Subsahara est également une composante du projet „Prévention du sida sur la scène du commerce du sexe“, APiS, réalisé par l'Aide suisse contre le sida, ASS, sur mandat de l'OFSP depuis 1992. Ce projet est destiné aux prostitué-e-s (*Migrant Sexworkers*). Le message de prévention du VIH est transmis par des femmes aux références linguistiques et culturelles similaires à celles des prostitué-e-s (*Sexworkers*) et qui se sont données le nom de *Barfüsserfrauen*. 29 femmes au total, dont quelques-unes d'origine africaine, travaillent actuellement au sein du projet „Barfüsser“ régionalisé depuis lors, et mis en œuvre par 12 organisations locales (Aide suisse contre le sida 1999: 5).

En été 2000, le Groupe Sida Genève (GSG) a participé à l'action „Genèvr'roule“. Dans ce cadre, des requérant-e-s d'asile, en majorité d'origine africaine, assuraient le prêt de vélos, planches à roulettes, etc. Ils ont également distribué à cette occasion des préservatifs du GSG à la population et ont été dans ce sens utilisés comme médiateurs par le GSG. Bien que cette action se soit déroulée de manière satisfaisante, ces premières expériences ont montré que le rôle de médiateur requiert une collaboration plus intense et un accompagnement plus soutenu de la part du GSG, ce que la brièveté des séjours des requérant-e-s d'asile dans les centres rend difficile.

Le GSG a par ailleurs mis sur pied le 3 octobre 2000, une journée de réflexion sur le thème „Les communautés africaines à Genève et le VIH/sida, un éclairage“. Cette journée visait en

premier lieu à connaître la représentation que se fait la population migrante africaine du VIH/sida. Aucune action concrète n'a encore été planifiée.

L'ASS est actuellement en train d'examiner des offres spécifiques pour la population migrante subsaharienne à Zurich, Genève et Berne dans le but de lancer en 2001 un travail concret de prévention à l'intention de ce groupe cible (Aide suisse contre le sida 2000b). Il est prévu en l'occurrence d'intégrer le travail de prévention du VIH/sida dans des centres pour migrant-e-s existants, d'où l'accent mis actuellement sur la coordination en réseau avec les institutions locales. On cherche de plus des personnes et des lieux clés, par exemple des salons de coiffure africains, susceptibles d'assurer une partie du travail de prévention parallèlement aux centres spécialisés.

### **Conseil juridique par l'Aide suisse contre le sida et les antennes régionales de l'ASS**

Le conseil juridique à l'intention de la population migrante séropositive du Sahara est dispensé actuellement dans le cadre général de la consultation juridique pour les personnes étrangères vivant en Suisse touchées par le sida, prestation offerte par l'ASS dans le cadre du service „VIH/sida et droit“. L'ASS offre de plus un soutien juridique aux antennes cantonales de l'ASS pour certains cas concrets.

L'ASS s'efforce par ailleurs de faire connaître aux instances décisionnelles s'occupant de cette problématique son point de vue sur la question du droit des personnes étrangères séropositives et atteintes du sida de rester ici (→ 9.2). Elle appuie les efforts déployés dans le même domaine par les antennes cantonales de l'ASS sur le plan local.

Parmi les antennes cantonales de l'ASS il convient de citer le GSG qui dispose de la plus grande expérience en matière de conseil juridique à l'intention de la population migrante en provenance du Sahara. En 1999, le GSG a donné 244 consultations juridiques individuelles dont le 24% sur les droits des étrangers (Groupe Sida Genève 2000). Le GSG estime que les deux tiers des étrangers sollicitant une consultation juridique dans ce cadre sont des Africain-e-s, en premier lieu des ressortissants d'Angola et du Congo démocratique.

L'offre ne peut pas être qualifiée comme une prestation „à bas seuil“; la majorité des personnes sont adressées par des médecins ou par le Ministère Sida (→ 9.2). Ce seuil d'accès relativement élevé pourrait expliquer pourquoi aucun ressortissant africain en situation illégale ne se rend à la consultation et pourquoi la plupart des usagers bénéficient déjà d'une thérapie antirétrovirale. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir sollicité l'offre de conseil juridique. Parmi les femmes reçues, la majorité sont venues par l'intermédiaire du Ministère Sida. Selon les collaborateurs du CSG, une collaboration plus intense avec des organisations et des institutions proches des communautés permettrait d'abaisser le seuil des consultations.

### **Organisations basées sur la communauté (Community-Based Organisations)**

C'est par l'association Communauté africaine en Suisse, par la IG Afrikanium et par le Point de rencontre pour les femmes noires à Zurich (Treffpunkt für schwarze Frauen in Zürich) que nous sont connues les premières approches d'une prévention du VIH élaborées par des organisations issues de la population migrante subsaharienne. A l'initiative de son responsable, la Communauté africaine en Suisse, Lucerne, a fait envoyer, il y a trois à quatre ans, par l'OFSP, une brochure d'information relative au VIH/sida à ses 100 membres vivant en Suisse centrale. On voulait ainsi améliorer le niveau d'information. Selon le responsable concerné les réactions à la brochure avaient été entièrement positives. Certains membres s'étaient demandé seulement avec irritation d'où l'OFSP tenait leur adresse et pour quelle

raison la brochure leur était adressée personnellement. Une fois donnée l'information que l'envoi avait été suggéré et organisé par la Communauté africaine en Suisse, ces réserves s'étaient cependant dissipées.

Le groupement créé dernièrement IG Afrikanium, Olten, se définit comme une „communauté d'intérêts en faveur de la formation, de la santé, et des cultures africaines“. Il s'est ainsi fixé comme objectif explicite la promotion de la santé. Concrètement l'IG a élaboré, avant la mise en route du présent projet de l'OFSP déjà, un plan d'action pour la prévention du VIH/sida. Ce plan n'a cependant pas encore été mis en oeuvre.

L'association Africa Freedom, Zurich, n'a certes pas abordé le thème de la prévention du VIH/sida en Suisse comme tel, mais elle a fait du sida en Afrique le thème de son festival „Intégration“ en 2000. Une discussion sous forme d'une table ronde avec divers spécialistes d'origine africaine a eu lieu dans ce cadre. La diffusion des pages de ce symposium via Flyer dans les magasins africains à Zurich a été reçue très positivement par les propriétaires de ceux-ci, une fois qu'ils ont su que la manifestation avait été mise sur pied par une organisation africaine.

#### **Recommandation 45**

→ **La réflexion sur le thème du VIH/sida par des *Community-Based Organisations* (organisations des communautés de base) doit être encouragée dans le travail de prévention et, en cas de besoin, soutenu au plan du contenu, de l'organisation et du financement („*bottom-up approach*“).**

#### **Recommandation 46**

→ **La crainte de la stigmatisation, comme Africain-e-s, respectivement comme porteuses/porteurs du VIH, doit être prise en compte et atténuée grâce à la collaboration avec les *Community-Based Organisations* (organisations de communautés de base).**

#### **Recommandation 47**

→ **De nouveaux projets doivent être combinés et/ou coordonnés le cas échéant avec des projets et des amorces de projets.**

## 11 Prévention du VIH/sida dans les pays africains

Selon les estimations d'ONUSIDA, 34'500'000 personnes dans le monde vivent avec le VIH/sida dont 24'500'000 en Afrique subsaharienne, soit environ 7 personnes sur 10. Huit personnes sur dix environ, décédées du sida jusqu'en 1999, vivaient dans cette même région du monde. Neuf orphelins du sida sur dix vivent dans les régions subsahariennes. Il y a lieu de préciser par ailleurs que la population globale des pays subsahariens ne constitue qu'un dixième de la population mondiale (une personne sur dix) (ONUSIDA 2000b: 124).

Le taux de VIH relativement élevé parmi la population migrante subsaharienne en Suisse reflète ainsi la situation internationale et ne saurait donc être considéré isolément et abordé sur le seul plan national. Le chapitre suivant présente brièvement un éventail d'approches de la prévention dans les pays africains. Celles-ci fournissent en effet également des indications pertinentes pour des approches en Suisse. Nous aborderons de plus, rapidement, l'engagement de la Coopération suisse au développement à propos du VIH/sida en Afrique, du fait qu'il est possible par ce biais de contribuer à la prévention du VIH/sida dans les pays de provenance des personnes migrantes également et de s'attaquer ainsi directement aux causes d'une contamination du VIH/sida aussi importante parmi la population migrante subsaharienne en Suisse.

## 11.1 Ouganda

Un nombre relativement restreint de pays africains disposent de programmes de monitoring continu permettant de mesurer la prévalence du VIH et de suivre les comportements à risque. Comme des études exhaustives de prévalence dépasseraient les possibilités financières et organisationnelles des budgets nationaux de la santé, ces données sont en général relevées pour certains groupes de la population pour lesquels des prélèvements de sang ont été effectués indépendamment de la question du VIH. Il en résulte que les données saisies ainsi sur la prévalence du VIH sont probablement faussées et doivent être interprétées en conséquence.

L'Ouganda fait partie du petit nombre de pays africains disposant de programmes de monitoring continu. Les données sur la prévalence du VIH présentées ici et relevées pour les femmes enceintes montrent une tendance régressive. D'éventuelles distorsions semblent peu probables du fait que cette tendance est aussi constatée pour des femmes âgées de 15 à 19 ans se rendant généralement pour la première fois dans une clinique. Pour ce qui est des comportements à risque, les enquêtes à grande échelle, effectuées au sein de la population en général, font apparaître une nette augmentation de l'usage du préservatif tant chez les femmes que chez les hommes. (ONUSIDA 1998)

Les succès enregistrés en Ouganda en matière de prévention du VIH s'expliquent par le fait que ce pays faisant partie des états les plus fortement touchés par le VIH a reconnu et empoigné la problématique tôt déjà. Des institutions gouvernementales, des ONG et d'autres institutions collaborent au sein de programmes de prévention à grande échelle (ONUSIDA 1998). L'Ouganda investit des moyens considérables dans le travail de prévention. Les budgets consentis à ce propos ont à nouveau été augmentés en 2000<sup>39</sup>. Parmi les programmes de prévention figurent un programme de prévention à grande échelle réalisé par des imams, la promotion de la prévention des maladies transmissibles dans les cliniques pour femmes enceintes ainsi qu'un autre programme réalisé par le biais des personnes s'étant soumises à un test VIH. Le travail de prévention par des imams est réalisé par l'Islamic Medical Association of Uganda et passe en premier lieu par la formation continue des imams dans le domaine de la prévention du VIH et du conseil aux personnes séropositives. Il vise également à l'intégration de la problématique du VIH/sida dans la doctrine de l'islam. Ce projet repose sur le postulat de base que les interventions en faveur de la prévention les plus susceptibles de réussir sont

<sup>39</sup> <http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/> (Message No 122 du 13 juillet 2000)

celles qui sont menées par des personnes de confiance comme les imams (ONUSIDA et IMAU 1998; ONUSIDA 1999c: 166-170).

La prévention dans les cliniques pour femmes enceintes vise à développer les connaissances des patientes et du personnel dans le domaine de la prévention des maladies sexuellement transmissibles, à accroître le nombre de consultations sida et de tests anonymes et à améliorer les données nécessaires aux études de prévalence du VIH. Ces objectifs ont pu être partiellement atteints. La propagation des tests VIH anonymes facultatifs reste cependant encore déficitaire (ONUSIDA 1999c: 122-124).

Les personnes se soumettant à un test VIH à l'Uganda AIDS Information Center ont la possibilité d'adhérer à un „ club “, le Post Test Club qui propose diverses offres en matière de santé et forme, des gens comme *peer educators*. Une fois formés, ceux-ci contribueront à transmettre des informations au sein de leur entourage. Les *peer educators* ont atteint 180'000 personnes entre 1992 et 1998 et ont distribué plus d'un million de préservatifs. Ce projet a donc aussi été réalisé au travers de la transmission d'informations personnelles par des proches. (ONUSIDA 2000b: 78-79)

## 11.2 Sénégal

Le Sénégal est après l'Ouganda le deuxième pays d'Afrique en mesure de faire état de succès importants dans le domaine de la prévention du VIH/sida. Les raisons sont les mêmes que pour l'Ouganda: En 1986 déjà, dès l'apparition des premiers cas de sida, un programme national sida a été lancé avec la collaboration de partenaires internationaux. Des montants financiers relativement élevés ont été consentis pour ce programme qui intégrait largement les ONG. Celles-ci ont mis sur pied en collaboration avec d'autres institutions diverses activités, soutenues par une ONG spécialement créée à cet effet et coordonnées en réseau avec le programme national. Du fait qu'il impliquait des institutions très diverses - écoles, leaders religieux, militaires, *Sexworkers*, etc - ce programme de prévention a touché de larges parts de la population. (Meda et al. 1999; ONUSIDA 1999a)

La collaboration étroite et continue avec des leaders religieux (musulmans aussi bien que chrétiens) a joué ici aussi un rôle essentiel dans la promotion de la prévention. Les premières réticences des leaders religieux, notamment catholiques, se sont progressivement estompées grâce à la collaboration entre l'état et l'église. Une enquête, menée parmi les imams dans un premier temps, a révélé que les connaissances en matière de VIH/sida étaient lacunaires. Du matériel d'information a été développé à l'intention de ce groupe sur la base surtout de témoignages de personnes touchées. Des programmes de formation continue ont ensuite été mis sur pied. Lors d'une conférence sida tenue en 1995, les imams déclaraient que le VIH n'était pas un châtement divin sanctionnant un comportement moral coupable et affirmaient le droit des personnes touchées à utiliser des préservatifs. Des activités similaires ont également eu lieu parmi les leaders chrétiens. (ONUSIDA 1999a)

Le travail de prévention parmi les *Sexworkers* (prostitué-e-s) a été facilité par le fait que le Sénégal tient depuis 1969 un registre des *Sexworkers* „légaux“ soumis à des contrôles médicaux obligatoires et au traitement des maladies sexuellement transmissibles (Meda et al. 1999).



Les enquêtes ont révélé que les connaissances en matière de prévention du VIH dans la population en général sont étendues et montré que l'usage du préservatif lors de rapports sexuels avec des partenaires occasionnels s'est fortement étendu au sein de la population en général aussi bien que parmi les *Sexworkers*. Le Sénégal fait partie des pays africains présentant un faible taux de prévalence du VIH. (ONUSIDA 1999a)

#### **Recommandation 48**

→ **L'opportunité d'un transfert en Suisse d'approches de la prévention efficaces dans les pays subsahariens ( travail de prévention par les leaders religieux, avec la participation de *peer educators* par exemple) doit être examinée.**

### 11.3 Prévention du VIH/sida au sein de la coopération suisse au développement en faveur des pays africains

Il s'est avérée de plus en plus dans le courant des années 90 que le VIH/sida n'était pas seulement un problème d'information à l'échelle individuelle sur les mesures de prévention et les comportements à risque, mais que des causes sociales et économiques comme la pauvreté et la marginalisation augmentaient la vulnérabilité de groupes de population entiers (ONUSIDA 1999b; ONUSIDA 2000b: 107). L'infection est ainsi en corrélation directe avec le développement social et économique et représente par conséquent également un défi pour la coopération au développement. Le VIH/sida ne doit toutefois pas être appréhendé comme un aspect isolé de la coopération. Ces liens avec le contexte socioéconomique rendent justement indispensable le *mainstreaming* (intégration dans une problématique plus large pour le traiter) du VIH/sida. Autrement dit, ce thème, à l'instar de celui des sexes (gender en anglais - identité homme / resp. femme) doit être systématiquement intégré dans tout élaboration de projet.

La prévention du VIH/sida relève certes en premier lieu de la politique du développement, mais elle est de plus en plus en conformité avec les intérêts institutionnels des organisations concernées par le domaine : Tant la Direction pour le développement et la coopération DDC que d'autres organisations sont confrontées à la perte de collaboratrices et collaborateurs victimes du sida (Bieler et Martin 2000). Une étude de la Société allemande pour la coopération technique (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GTZ ) a révélé que, pour ses activités au Malawi, les cas de maladie et de décès dûs au sida entraînaient une perte de productivité moyenne de 35 % du fait de la présence du personnel aux enterrements et de la formation du personnel de remplacement (Anonyme 2000).

La situation épidémiologique de la population migrante subsaharienne en Suisse reflète la situation à l'échelle mondiale. En conséquence, la prévention du VIH/sida ne doit pas être appréhendée sur le plan national seulement mais également au niveau international.

La DDC s'occupe dans une mesure très limitée seulement de prévention spécifique du VIH/sida. La prévention est plutôt intégrée dans le concept global de lutte contre la pauvreté

et doit être encouragée dans les programmes de santé et, à titre d'essai, également dans les projets et programmes d'autres domaines comme la formation, l'agriculture, la situation des femmes etc. Les activités en rapport avec cette problématique menées jusqu'ici ne l'ont été que de manière ponctuelle. Des actions directement en lien avec le VIH/sida sont en cours au Mali. Le programme sida en Tanzanie et au Mozambique bénéficie également d'un soutien par le biais d'une aide budgétaire dans le secteur de la santé.

La prévention du VIH/sida de la DDC est limitée au soutien financier d'ONUSIDA et d'autres organisations s'occupant de programmes de prévention du VIH/sida (notamment FNUAP, OMS, IPPF). Ce soutien se monte actuellement à 2,3 millions de francs par année (Bieler et Martin 2000). Un groupe travail interne, de durée limitée, est également actif en ce moment dans le domaine VIH/sida. La DDC serait par ailleurs favorable à une collaboration opérationnelle avec l'OFSP.

La DDC justifie sa politique plutôt réservée jusqu'ici en matière de VIH/sida en invoquant des résistances psychiques et culturelles à une discussion de thèmes relevant du VIH/sida dans les pays concernés. Se pose à cet égard pour la DDC la question, en terme de politique du développement, de la tutelle de ses pays partenaires: „Comment un bailleur de fonds peut-il évoquer le thème du VIH/sida dans un programme ou un projet et intervenir lui-même ensuite pour que quelque chose se fasse ?“ (Bieler et Martin 2000:43). La DDC est néanmoins consciente de la nécessité d'agir et de sa responsabilité morale.

Les expériences faites dans le domaine de la coopération au développement par d'autres pays européens à propos de la pandémie du sida de même, et surtout, que les campagnes fructueuses menées dans le domaine du VIH/sida par certains pays africains comme l'Ouganda et le Sénégal nous incitent à recommander instamment de surmonter le manque d'expérience et le malaise constatés par la DDC dans l'approche de la pandémie du sida. La prévention du VIH/sida n'en est plus à ses débuts en Afrique également. En dépit du fort tabou, certainement réel, autour de cette thématique, des ressources et des potentiels existent sur lesquels il est possible de s'appuyer pour démarrer (→ 11.1; 11.2).

Outre la DDC, l'Institut tropical suisse (STI) et diverses oeuvres d'entraide élaborent également des projets englobant la prévention du VIH/sida dans les pays subsahariens et financés en partie, directement ou indirectement, par la DDC. Le STI mène une politique similaire à celle de la DDC en englobant la prévention du VIH/sida d'une manière systémique dans une démarche plus large tendant à un renforcement de l'appareil sanitaire dans son ensemble. Certaines oeuvres d'entraide par contre réalisent des projets spécifiquement orientés vers une prévention ciblée du VIH/sida. Le projet sida Zikhulule en Afrique du Sud<sup>40</sup> de Caritas Suisse en est un exemple. Une mise en réseau des projets en cours en matière de prévention du VIH/sida en Afrique subsaharienne serait certainement judicieuse.

#### **Recommandation 49**

**→ Au vu de la dimension globale du sida, des actions limitées à la Suisse seraient dans une certaine mesure une intervention au seul niveau des symptômes. Des interventions efficaces et durables doivent donc absolument se faire dans une perspective globale. Cela implique que la DDC intègre systématiquement la problématique du VIH/sida au sein de la coopération au développement suisse. Il est nécessaire de plus que se**

<sup>40</sup><http://www.caritas.ch/>

**développe la collaboration au niveau fédéral (notamment entre la DDC et l'OFSP) par l'intermédiaire d'un groupe de travail interdépartemental et qu'un soutien soit accordé aux projets lancés dans la même optique par des organisations africaines en Suisse et par des ONG suisses.**

## 12 Expériences en matière de prévention, projets et organismes dans les pays européens

Différents pays européens (les Pays-Bas ou l'Allemagne par exemple) sont réticents à publier des statistiques sanitaires selon les ethnies (Haour-Knipe 1998: 168). Cette réserve qui contraste avec les enquêtes statistiques à grande échelle de telles catégories par les autorités sanitaires aux USA peut s'expliquer par les expériences faites pendant la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale. Duster présumait en 1990 déjà que la réserve à ce propos diminuait progressivement en Europe également: „It is likely that European Nations, under the banner of health, will move towards keeping records where race and ethnicity are (as in the U.S. Center for Disease Control national registry) relevant categories“ (1990: 39).

La réserve dans le domaine du VIH/sida a effectivement quelque peu diminué en Europe ces dernières années, en France (Savignoni et al. 1999) et en Suisse par exemple (OFSP Section épidémiologie et maladies infectieuses et OFSP Section toxicomanie et sida 2000). Un grande prudence demeure cependant au niveau du traitement de ces données. La demande de chiffres relatives au VIH/sida émanait notamment de la population migrante elle-même, comme par exemple en Angleterre, par des représentant-e-s de migrant-e-s africain-e-s.

Selon le constat de la 3<sup>rd</sup> European Conference on the Methods and Results of Social and Behavioural Research on AIDS, Amsterdam 2000, la problématique VIH/sida au sein de la population migrante est de plus en plus mise en évidence dans la majorité des pays européens. On enregistre ainsi en Grande-Bretagne et en Belgique par exemple une augmentation du nombre de contaminations par voie hétérosexuelle et du nombre de migrant-e-s parmi les personnes séropositives. Comme mentionné dans les chapitres suivant, plusieurs pays européens disposent d'une assez longue expérience en matière de prévention auprès de la population migrante subsaharienne. Le travail dans le contexte suisse à ce propos peut bénéficier de ces expériences. Suite à notre demande, des délégué-e-s de projets de plusieurs pays européens sont ouverts à un échange dans ce domaine (→ liste d'adresses).

### **Recommandation 50**

**→ Les collaboratrices et collaborateurs engagés dans des projets doivent entretenir des contacts et favoriser des échanges continus avec des organismes en charge de projets d'autres pays européens afin de profiter réciproquement des expériences.**

## 12.1 Grande-Bretagne

En Europe c'est en Grande-Bretagne, forte d'une expérience de dix ans dans le domaine, que le travail de prévention parmi la population africaine est le plus avancé. Le succès de ce travail en Grande-Bretagne est le fruit en premier lieu de l'étroite collaboration entre des représentant-e-s et *Community-Based Organisations CBOs* de la population africaine et les organes nationaux de la prévention du VIH/sida qui ont fondé ensemble le „African AIDS Steering Group“, qui bénéficie également du soutien du Terrence Higgins Trust. Le fait que les Africain-e-s en Grande-Bretagne disposent de structures organisationnelles relativement bonnes est en l'occurrence un avantage. Il est toutefois essentiel, même dans ces conditions, que les initiatives émanant de la population migrante et de ses organisations puissent bénéficier de l'appui d'un lobby au niveau national voire international (Etat, UE, OMS etc.). Ce modèle de collaboration entre groupes cibles et institutions/organisations (supra)nationales devrait également être repris pour la Suisse. Ce transfert dans le contexte suisse pourrait toutefois souffrir du fait que la population migrante subsaharienne est moins nombreuse en Suisse et de plus moins bien organisée et intégrée.

Le travail en Grande-Bretagne a débuté par un contact avec des personnes-clés (souvent informel) de la population africaine et la participation de ces personnes à la planification et à la mise en œuvre de la démarche. Le travail de prévention du VIH/sida auprès des migrant-e-s africain-e-s en Grande-Bretagne représente un modèle idéal de promotion participative de la santé au sein de la population migrante. Les expériences faites dans ce contexte montrent que la prévention se développe le mieux lorsqu'elle n'est pas d'emblée axée sur le VIH/sida. Les expériences de ces dix dernières années et des restrictions budgétaires au sein du système sanitaire ont poussé à redéfinir les contenus principaux de la prévention du VIH/sida auprès des migrant-e-s africain-e-s : à côté de la prévention primaire et de la prise en charge des personnes africaines atteintes du sida, il s'agit d'élargir le travail au contexte plus large de la santé sexuelle. Cela comprend notamment les thèmes de la grossesse et de l'avortement de même que l'éducation sexuelle et l'information à l'intention des jeunes Africain-e-s (Muluneh und Waka 1999).

Le Terrence Higgins Trust a par ailleurs créé du matériel d'information spécifique aux groupes cibles. Ce matériel est susceptible d'être utilisé pour le travail de prévention en Suisse (→ 14).

## 12.2 Allemagne

Le travail de sensibilisation et la discussion de la thématique ‚Migration et sida‘ ont commencé depuis longtemps en Allemagne (Narimani 1998; Narimani und Baune 1999). Dans ce contexte, deux Africains ont dressé en 1999, sur mandat de l'Aide allemande contre le sida, un état de situation en vue de l'élaboration d'un concept de prévention du VIH/sida parmi les communautés africaines en Allemagne, basé sur les spécificités culturelles (Muluneh und Waka 1999). Un travail de prévention parmi le groupe cible des migrant-e-s africain-e-s s'appuyant fortement sur les *CBOs* a démarré sur cette base. Ce travail a permis d'une part de mettre sur pied la l'organisation faîtière „AfrikaHerz“ et d'autre part de lancer le projet „ Information et prise en charge sur le plan social et sanitaire des

femmes et des jeunes filles originaires des pays africains “, financé par l'Association des groupes engagés dans le travail parmi les étrangers.

L'organisation faïtière „AfrikaHerz“ travaille en collaboration avec diverses organisations de consultation-sida, avec des offices de santé publique et avec des groupes africains en Allemagne et en Europe. Sur la base de ce travail de mise en réseau a été constituée à Munich l'Africa Positive Association APA, qui, en abordant pour la première fois ouvertement les problèmes des personnes atteintes, a fait considérablement avancer le travail de prévention au sein des communautés africaines. Des axes de travail suivants ont été planifiés : la promotion de l'usage du préservatif (avec le slogan „La responsabilité, c'est ta sécurité “) ainsi que des mesures pour améliorer l'information dans les centres pour requérants d'asile. La collaboration avec les *CBOs* et des institutions allemandes doit encore être renforcée notamment en intégrant davantage des personnalités africaines influentes (Sharief et al. 2000). Le VIH et le sida font partie intégrante de la promotion générale de la santé, axée sur les besoins de la femme au sein du projet „Soziale und gesundheitliche Information und Betreuung für Frauen und Mädchen aus afrikanischen Ländern“. La prévention du VIH/sida est axée en premier lieu la prévention primaire. La responsable du projet se consacre pour l'instant à faire connaître le centre de santé - la communication orale et le recours aux personnes de confiance semblent en l'occurrence faire leurs preuves - et à accompagner des migrantes africaines. Un groupe d'entraide à l'intention de femmes et d'enfants africains séropositifs a déjà pu être mis sur pied dans ce cadre.

## 12.3 Belgique

En Belgique, le Service Social des Etrangers<sup>41</sup> a développé depuis le milieu des années 80 des programmes de prévention prenant en compte les spécificités culturelles et linguistiques en faveur et avec des migrant-e-s africain-e-s originaires notamment des anciennes colonies belges, des pays d'Afrique centrale, du Congo démocratique, du Burundi et du Ruanda (Louhenapessy 1996). L'ensemble des collaboratrices et collaborateurs sont eux-mêmes/elles-mêmes issu-e-s de la population migrante. Le travail de prévention vise en premier lieu à diminuer la vulnérabilité des personnes migrantes.

Les programmes de prévention comprenaient dès le départ le soutien des personnes séropositives. L'accès aux personnes touchées se fait en premier lieu par l'intermédiaire des consultations juridiques et des institutions de santé publique qui orientent les usagers vers les services spécialisés. Des groupes d'entraide multiculturels ont été constitués en fonction de la langue des personnes concernées (français, anglais, arabe...). On constate également en Belgique la peur d'afficher („outing“), sa séropositivité au sein de groupes d'entraide; certaines personnes migrantes ne se sentent prêtes à rejoindre un groupe d'entraide qu'une fois établie une relation de confiance, d'autres sont prises en charge individuellement.

La formation de base et continue de personnes dites de „relais“, à savoir des migrant-e-s, fonctionnant comme médiatrices et médiateurs, constitue une part importante du travail de prévention. Des femmes et des jeunes en particulier ont été formé-e-s pour cette fonction. Ces

---

<sup>41</sup> Le Service Social des Etrangers élabore depuis 40 ans des programmes pour les migrants et les réfugiés et il est compétent pour des programmes de prévention spécifiques à la population migrante. Il est reconnu par le Ministère de la Santé de la Communauté Française comme organisation coordinatrice du travail de prévention parmi la population migrante.

personnes travaillent bénévolement sur la base d'un remboursement des frais. C'est sur l'initiative de telles personnes de „relais“ que les „lettres vidéo“ échangées avec des groupes de migrant-e-s en France (→ chapitre suivant „France“) ont été créées. Des vidéos et des brochures

ont par ailleurs été réalisées au sein de plusieurs groupes de migrants. La formation de base et de la formation continue permettent aux professionnel-le-s du secteur sanitaire d'acquérir des compétences linguistiques et culturelles.

Un spécialiste congolais a été engagé pour la recherche et l'évaluation.

Le Service Social des Etrangers travaille en étroite collaboration avec les réseaux européens (→ 12.5), notamment avec AIDS & Mobility et le European partenariat between African communities and health partners for hiv/aids prevention.

## 12.4 France

En France, la coordination nationale de la prévention parmi la population migrante a été jusqu'ici passablement négligée. Cela est dû au fait que la tradition de définir des groupes ethniques comme groupes cibles n'avait pas cours en France et que le matériel d'information n'était publié qu'en français. Dans le domaine du VIH/sida c'est en 1998 seulement que des brochures ont été traduites, dans 21 langues en l'occurrence et qu'ont été produites les premières émissions radio en arabe<sup>42</sup>. Des groupes de migrant-e-s sont toutefois actifs en France, comme par exemple le groupe d'activistes, Migrants Against HIV/AIDS MAHA, l'organisation Ikambere qui dispose d'une maison d'habitation, et propose des activités génératrices de revenus et offre un accompagnement et une prise en charge à l'intention des femmes séropositives. On peut citer encore le Groupe de Recherche et de Réalisation pour le Développement en milieu Rural, GRDR, Paris.

Ce groupe a lancé et réalisé un projet intéressant dans le domaine de la prévention primaire. Le GRDR est soutenu par des migrant-e-s originaires surtout des pays francophones d'Afrique de l'Ouest et a des antennes tant en France que dans les pays de provenance. Il est actif depuis plus de 30 ans au travers de plusieurs projets consacrés au développement y compris des projets dans le domaine de la santé dans les pays de provenance. Au milieu des années 90, ce groupe a lancé le projet „Lettres vidéo pour la prévention des maladies transmissibles“. A cet effet des animatrices et animateurs ont été formés à conduire des entretiens en groupe sur le thème du VIH/sida, en France mais également dans les pays de provenance. Ces entretiens ont été enregistrés sur cassettes vidéo et échangés entre groupes travaillant dans les pays d'origine et groupes de migrant-e-s GRDR en France même. Un premier entretien conduit dans un groupe de migrants a été envoyé aux antennes du GRDR en Afrique de l'Ouest. Les animateurs ont visionné la cassette avec des communautés villageoises, ils ont débattu du thème avec celles-ci et ont en retour renvoyé une vidéo de la discussion en France. Un montage de ces vidéos (→ 14) montre comment ce travail a encouragé des discussions très ouvertes et animées sur le sida et d'autres maladies, sur la prévention et la santé. Y ont pris part des gens des milieux les plus divers de la population. La poursuite de ce projet n'est pour l'instant pas garantie sur le plan financier. Cette expérience a déjà généré d'autres projets complémentaires: des „lettres vidéo“ entre groupes de migrant-e-s

<sup>42</sup> Access to new treatments for migrants living with HIV and AIDS. Report second annual seminar, 25-27 June 1999, Athens, Greece (<http://www.nigz.nl/aidsmobility/am5a6.html>)

en France et en Belgique (le GRDR et le Service Social des Etrangers y travaillent en collaboration) sont actuellement en cours de réalisation.

## 12.5 Réseaux européens

### **AIDS & Mobility**

Le réseau européen AIDS & Mobility<sup>43</sup> a été créé 1990 aux Pays-Bas dans le but de lancer des projets pilotes à l'intention des migrant-e-s et des minorités ethniques. A l'heure actuelle, AIDS & Mobility soutient des organisations gouvernementales et non gouvernementales de l'Union européenne pour la mise sur pied de programmes et d'interventions centrées sur la problématique du VIH/sida et destinés à la population migrante. Ce réseau joue surtout le rôle de centre de coordination. Il édite par exemple un Guide répertoriant l'ensemble des organisations et projets actifs dans le domaine du VIH/sida au sein de l'UE (European Project AIDS & Mobility). Il confie également des mandats pour des études de cas, produit de la documentation et du matériel, organise des conférences, des séminaires, des rencontres de réseaux et fait office de centrale d'information.

Il convient de mentionner en particulier le cours de formation publié par AIDS & Mobility à l'intention des médiatrices et médiateurs VIH africain-e-s (→ 14).

### **European partenariat between African communities and health partners for hiv/aids prevention**

Le „European partenariat between African communities and health partners for hiv/aids prevention“ est une association d'organisations de sept pays européens: Hollande, Portugal, Suède, Belgique, Espagne, France et Grande-Bretagne<sup>44</sup>.

C'est une communauté d'intérêts qui encourage les échanges entre les organisations concernées et leur mise en réseau. Il existe à cet effet un média central, le bulletin intitulé „lettre“<sup>45</sup> qui publie des contributions émanant des diverses organisations, y compris des comptes-rendus d'expériences, des présentations de projets et des exposés de débats de fond. Les „lettres“ tiennent également un agenda sur les activités en cours (sessions, formations continues, campagnes, etc.) dans le domaine du VIH et de la présence de l'Afrique en Europe et présentent du matériel de prévention approprié.

### **Migrants against HIV/Aids MAHA**

Le réseau Migrants against HIV/Aids MAHA<sup>46</sup> est localisé en France, mais est également actif au niveau international. MAHA s'engage pour les droits des migrant-e-s et en faveur de l'accès de ceux-ci/celles-ci aux soins médicaux en général. Il lutte notamment contre la discrimination et le renvoi de personnes contaminées par le VIH vers des pays dépourvus de thérapies accessibles. MAHA diffuse régulièrement par mailnews<sup>47</sup> des informations sur ses

<sup>43</sup> <http://195.108.118.5/aidsmobility/index.html>

<sup>44</sup> Dans le cadre de notre projet nous avons eu un contact direct avec un représentant de la France (Pascal Revault, GRDR) et avec une représentante de la Belgique (Maureen Louhenapessy, Service Social des Etrangers); leur adresse respective figure dans le fichier.

<sup>45</sup> Il est possible de s'abonner auprès des organisations qui gèrent également le secrétariat: GRDR (France) et FOCUS (Angleterre); pour les adresses voir la liste du matériel (→ 14).

<sup>46</sup> <http://www.aegis.com/maha/index.html>

<sup>47</sup> [maha-infos-on@lists.e-net.ch](mailto:maha-infos-on@lists.e-net.ch)

activités en cours et émet chaque semaine de Paris une émission radio captable également sur Internet (→ 7.4).

### **Recommandation 51**

→ **Le travail de prévention doit être mis en réseau et connecté avec des réseaux européens tels que „AIDS & Mobility“ et „European partenariat“ afin de profiter des échanges et faire part de ses propres expériences.**

## 13 Bases et scénarios pour le travail de prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne

Alors que jusqu'ici les lignes principales du travail de prévention ont été condensées au fur et à mesure sous la forme de recommandations incluses dans les chapitres respectifs, le présent chapitre résume les bases, à notre avis, les plus importantes du travail de prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne. Il constitue ainsi en quelque sorte une mise en application de ce qui a été dit jusqu'ici sous la forme de scénarios concrets.

La prévention du VIH/sida au sein de certains groupes de migrants spécifiques doit être abordée, à notre avis, à deux niveaux en la considérant comme un aspect d'une promotion de la santé, au sens large du terme, au sein de la population migrante.

Elle suppose d'une part que soient valorisées les compétences transculturelles aussi bien du côté des pourvoyeurs de prestations que de celui des solliciteurs. Le thème „Migration et VIH/sida“ doit par conséquent être intégré dans les centres (CRS, Caritas) de formation de base et continue - actuellement mis sur pied à l'intention de professionnels du secteur de la santé - dans le domaine de la santé en relation avec la migration. Il faut également par ailleurs que les formations des personnes migrantes soient reconnues en vue de l'intégration de celles-ci dans le système sanitaire et social. Les migrant-e-s doivent être davantage familiarisés avec le fonctionnement du système sanitaire suisse.

La prévention comprend d'autre part la mise sur pied de programmes VIH/sida spécifiques à la population migrante. Le projet proposé ci-après concernant la population migrante subsaharienne devrait faire partie de ces programmes.

### 13.1 Bases

#### 13.1.1 *Coordination des projets*

##### **Directives formelles**

- Approche participative: Réalisation d'un travail d'élaboration et de coordination par un/e coordinateur/trice de projet au bénéfice d'une expérience de la migration et originaire d'Afrique subsaharienne, en collaboration avec des organisations et des personnes clés des groupes cibles.



- La coordination de projet est axée sur le long terme (5 ans)<sup>48</sup> et peut comprendre la planification de différentes phases du projet; la continuité doit être garantie.
- La coordination de projet est orientée sur toute la Suisse. Elle est ancrée idéalement en Suisse romande (Lausanne ou Genève). Dans une première phase, de nouveaux projets peuvent, le cas échéant, être concentrés sur les cantons de Genève, Vaud, Zurich, et Berne.
- La coordination de projet est intégrée dans une institution existante et/ou dans un projet en cours.
- Profil requis du/de la coordinateur/trice de projet: expérience de la migration, être originaire du Subsahara, connaissances du français et de l'anglais, connaissances de l'allemand souhaitées, formation/expérience du travail de projet et de conceptualisation, des connaissances en matière de promotion de la santé et des expériences de collaboration avec des institutions suisses seraient un avantage, être prêt-e à se confronter dans une perspective intégrative et communicative aux thèmes du sida et de la sexualité, compétences sociales.

### Directives au niveau du contenu

- Planification et coordination du projet, mise en réseau de projets déjà existants et harmonisation de projets nouveaux avec ceux en cours.
- Coordination et mise en réseau à l'échelle nationale.
- Collaboration au sein de réseaux internationaux, échange avec des projets analogues dans les pays européens et subsahariens ainsi qu'avec ONUSIDA.
- Collaboration avec un groupe d'accompagnement, composé en premier lieu de représentant-e-s - tant des femmes que des hommes - de groupements africains, et comprenant environ 15 personnes.
- Coordination du travail de mise en œuvre du projet et du travail des médiatrices et médiateurs (voir ci-dessous).
- Etablissement de contacts personnels avec des personnes clés des communautés avec l'appui desquelles peut être réalisé le travail de prévention.
- Soutien et direction de projets émanant des communautés et visant à la promotion de la santé.
- Garantie de la qualité des contenus des messages de prévention.

---

<sup>48</sup> La prévention du VIH/sida ne produit pas des résultats à court terme. Selon ONUSIDA, même des programmes globaux ne produisent pas de résultats avant cinq ans (ONUSIDA 2000b: 111). Ce constat devrait s'appliquer d'autant plus dans le cas de la prévention parmi les migrant-e-s que cette population fluctue davantage que celle concernée par les campagnes nationales par exemple. S'agissant de la population migrante subsaharienne, il convient de prendre en compte qu'une part importante des infections ont vraisemblablement été contractées avant l'arrivée en Suisse et que l'on peut donc présumer que les taux de contamination resteront relativement élevés même à moyen terme.

### **13.1.2 Mise en œuvre des projets**

- La mise en œuvre du projet peut être réalisée par l'instance/ la personne coordinatrice elle-même, par des collaborateurs du projet ou – en étroite relation – par des médiateurs/trices impliqué-e-s dans le projet.
- La mise en œuvre du projet est réalisée par le biais d'un travail de visite.
- Organisation de la formation de base et de la formation continue, intervision, direction/encadrement des médiatrices et médiateurs.

#### **Composantes essentielles de la mise en œuvre**

- Faire connaître les offres de conseil et de prise en charge existantes.
- Rechercher et développer des réseaux de transmission orale (tournois de football, salons de beauté, manifestations propres aux groupes cibles... etc.) et des modes de transmission orale (théâtre, numéros de cabaret, jeux, contes, chants, etc.)
- Elaborer des modes d'approches de la thématique adaptées à chaque sexe (en prenant en compte par exemple des modes et des lieux de communication spécifiques aux femmes comme des groupes informels privés, élaborer des messages à l'intention des hommes, sur le sens de la responsabilité dans le couple et à propos du safer sexe, par exemple)

### **13.1.3 Médiatrices et médiateurs**

- Les médiateurs/trices sont dans une proportion égale des femmes et des hommes.
- Ils représentent les communautés actuellement le plus fortement représentées en Suisse (Afrique de l'Est: Somalie ; Afrique Centrale: Congo/Angola ; Afrique de l'Ouest: Ghana/Nigéria) et opèrent sur l'ensemble du territoire suisse.
- Leur engagement peut se faire de façon centralisée ou décentralisée mais s'accompagne au minimum de la mise à disposition d'un lieu et d'une infrastructure implantés institutionnellement.
- Les médiatrices et médiateurs bénéficient d'une formation de base et continue, d'un encadrement et disposent d'occasions régulières d'échanges d'expériences (intervision).
- Profil requis pour les médiateurs et médiatrices: expérience de la migration, être originaires d'Afrique subsaharienne, bon ancrage dans une communauté et connaissances des structures de celles-ci, bonnes connaissances du système sanitaire suisse et des systèmes sanitaires africains, être prêt-e à se confronter aux thèmes du sida et de la sexualité sur le mode intégratif et communicatif, compétences sociales.

## 13.2 Scénarios pour la mise en place de la coordination des projets

### **Scénario 1: Intégration dans le „Projet migration et santé “**

Intégration dans le „Projet migration et santé “ de l'OFSP de la coordination des projets de prévention spécifiques au groupe cible que représente la population migrante subsaharienne. Le „projet migration et santé PMS“ bénéficie de connaissances professionnelles, d'expériences et de structures dans le domaine de la promotion de la santé parmi la population migrante. Le projet peut, ici, être intégré dans la prévention auprès des migrant-e-s et n'est par conséquent pas centré sur l'Afrique subsaharienne. Le PMS ne se limite, par ailleurs, pas au domaine du VIH/sida de sorte qu'une intégration dans une promotion de la santé plus globale est possible. Le PMS étant pour l'instant prévu jusqu'en 2002 seulement, la garantie de la poursuite du projet à plus long terme risque d'être remise en question. Le PMS poursuit de plus, pour une part, d'autres approches que celles proposées dans le présent rapport.

### **Scénario 2: Intégration dans la prévention du VIH/sida**

Intégration dans le système de soins relatif au VIH/sida de la coordination du projet de prévention auprès du groupe cible des migrant-e-s originaires du Sahara.

Les institutions actives dans le domaine de la prévention du VIH/sida peuvent s'appuyer sur de vastes connaissances professionnelles en matière de VIH/sida et sur la collaboration des groupes cibles et des organisations de base. Ces institutions réalisent déjà des amorces de projet avec la population migrante du Sahara et sont engagées dans ce sens. Pour qu'un projet correspondant puisse être réalisé, il est indispensable que ces institutions s'orientent davantage sur le thème de la migration - notamment en matière d'intégration institutionnelle des migrant-e-s et de leurs organisations - et qu'elles axent par ailleurs leur travail de prévention sur la promotion de la santé au sens global du terme.

### **Scénario 3: Intégration dans l'éventail des offres d'une œuvre d'entraide**

Intégration dans l'éventail des offres d'une œuvre d'entraide ou d'une autre institution - active dans le domaine de la promotion de la santé des migrant-e-s - de la coordination du projet de prévention auprès du groupe cible qu'est la population migrante subsaharienne. L'intégration de la coordination de projets dans l'éventail des offres d'une œuvre d'entraide disposant des expériences appropriées, ou dans la palette des offres d'une autre institution active dans le domaine de la promotion de la santé parmi la population migrante, va être facilitée par le fait que diverses œuvres d'entraides s'ouvrent depuis quelques temps sur la problématique „migration et santé “. La prévention du VIH/sida parmi la population migrante du Sahara, peut dans ce contexte, être intégrée dans la promotion générale de la santé des migrant-e-s. Une confirmation de l'ouverture de l'institution sur le domaine du

VIH/sida est une des conditions de base pour une bonne intégration institutionnelle de la coordination d'un projet de travail de prévention spécifique au groupe cible qu'est la population migrante subsaharienne.

## **Scénario 4: Ségrégation**

### **Scénario 4a**

Création d'un centre de santé pour la population migrante subsaharienne

Un centre de santé spécifique à la communauté représente une opportunité pertinente d'atteindre les groupes cibles. De tels centres tendent toutefois à être mal intégrés dans le système général de soins et le travail de prévention de l'OFSP et des institutions sanitaires traitant du VIH/sida. Les ressources ainsi offertes par ces centres sont de ce fait réduites dans ces domaines.

### **Scénario 4b**

Création d'un centre de consultation sida à l'intention de la population migrante subsaharienne

Les appréciations citées sous 4a s'appliquent également dans le cas d'un centre de consultation VIH/sida spécifique à la communauté. Le problème est encore amplifié ici car la limitation au VIH/sida rend l'approche du public cible plus difficile et renforce probablement encore, par l'association avec le sida, la stigmatisation dont sont victimes les personnes migrantes originaires du Sahara.

## **Evaluation des scénarios**

Les scénarios proposés ne se veulent pas exclusifs, mais sont dépendants de la localisation de la coordination du projet. Certains projets peuvent être mis en œuvre dans d'autres cadres. Il ne s'agit en aucun cas de concurrencer des projets et amorces de projets en cours, mais plutôt de les compléter et de les mettre en réseau.

Pour la localisation de la coordination du projet, nous recommandons les scénarios 1, 2 ou 3. Dans le scénario 1, le travail de prévention serait intégré dans la promotion de la santé spécifique à la population migrante. Le risque d'une stigmatisation supplémentaire des Africain-e-s par l'association avec le sida pourrait ainsi être évité. La garantie de la poursuite du travail à long terme serait toutefois une condition pour le choix de ce scénario. Une harmonisation des approches recommandées pour le projet avec les approches du PMS nécessiterait probablement une réorientation du PMS, au prix d'un important investissement. Le scénario 2 permettrait de s'appuyer davantage sur les amorces de projet élaborées avec la population migrante subsaharienne et sur les expériences de collaboration avec des organisations de base. Il faudrait parallèlement investir beaucoup d'énergie pour empêcher un renforcement de la stigmatisation dans le cadre institutionnel et favoriser l'intégration du travail de prévention spécifique aux migrant-e-s.

Le scénario 3 permettrait d'intégrer le projet dans la promotion générale de la santé parmi la population migrante et de s'appuyer sur des expériences et des compétences transculturelles dans ce domaine. Une ouverture institutionnelle sur le domaine du VIH/sida susceptible de garantir un soutien professionnel spécifique à la coordination du projet suppose toutefois un certain investissement.

Les scénarios 4a et 4b semblent problématiques en raison, notamment, du défaut d'intégration au sein de structures plus larges.

Indépendamment du scénario choisi, il y a lieu de planifier à moyen terme une évaluation du travail accompli dans le cadre du projet.

### 13.3 Activités complémentaires

A côté des bases et des scénarios présentés, nous recommandons les activités suivantes, évoquées lors de nos entretiens et dépassant le cadre de la prévention du VIH/sida auprès de la population migrante subsaharienne:

- Mise en réseau de la promotion de la santé parmi la population migrante avec des réseaux et des organisations à l'échelle internationale.
- Mise en œuvre, en coordination avec l'OFSP et l'ODR, d'une promotion de la santé systématique dans les centres pour requérants d'asile sur l'ensemble du territoire suisse et non limitée à certains groupes de migrant-e-s.
- Création d'un groupe de travail interdépartemental OFSP-DDC en lien avec le VIH/sida en vue de garantir une intégration continue et systématique du VIH/sida dans le travail de la coopération suisse au développement.
- Promotion de la formation de base et continue du personnel médical sur le plan des compétences transculturelles.
- Aménagement d'un vaste espace de recherche sur la migration dans le programme national de recherche sur le sida.

## 14 Liste de matériel

### Vidéos

De quoi souffre-t-elle? env.1994, vidéo du projet théâtral réalisé dans le cadre du Projet Migrants 1993-1994, malheureusement disparue.

In Search of the lost Children, interviews d'enfants, document sur les enfants orphelins du sida au Zimbabwe, 1998, R. Stegmüller Cop. Bav. TV Munich IEC Project Harare/Simbabwe, ZW, 118', anglais

A commander chez A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: [via.akam@berlin.snafu.de](mailto:via.akam@berlin.snafu.de)

Lettres vidéo pour la prévention des maladies transmissibles, env. 1998, GRDR, 26', français

Le truc de Konate, vidéo sur l'utilisation du préservatif à l'intention de migrant-e-s originaires d'Afrique, 1998, Fanta Regina Nacro, F, 33', Moro sous-titrée en français

A commander chez A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: [via.akam@berlin.snafu.de](mailto:via.akam@berlin.snafu.de)

SIDA dessin animé relatif à la prévention du VIH/sida et à l'usage du préservatif, 1990, Groupe Sida Genève, CH, 10', ohne Sprache

A commander auprès du Groupe Sida Genève, 17, rue Pierre-Fatio, 1204 Genève, Tel: 022 700 15 00, <http://www.hivnet.ch/gsg/>

The Orphan Generation, interviews d'enfants, document sur les enfants orphelins du sida en Ouganda, 1992, Strategies for Hope/Action Aid Uganda, EAU (Uganda) 10', 40', anglais

A commander chez A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: [via.akam@berlin.snafu.de](mailto:via.akam@berlin.snafu.de)

Ymako, vidéo de deux performances théâtrales de Côte d'Ivoire à propos de l'approche de sectes religieuses et de villageois touchés par le sida, 1998, Van Lancker, Laurent et Robin Shuffield, 52', anglais

A commander auprès de [http://rai.anthropology.org.uk/film/video\\_sales.html](http://rai.anthropology.org.uk/film/video_sales.html)

## Documents

„ Was bedeuten Aids und HIV?“. Brochure d'information à l'intention de la population migrante, Office fédéral de la santé publique, service migration, Projet migration et santé, disponible en albanais, espagnol, anglais, allemand, français, portugais, italien, turc\*, croate\*, tamoul\*, arabe\*, russe\*, somalien\*. \*= pas encore disponible. A commander chez Aids Info Docu Schweiz, Schuplatzgasse 26, 3001 Bern, Telefon 031 318 32 70, Fax 031 311 05 65, email: bestellungen@aid.ch

Catalogue of Materials. Materials for HIV/AIDS education aimed at mobile populations in Europe. Bestellnr. SA96040. European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email: aidsmobility@nigz.nl

AIDS & Mobility Project Guide: Projects and Organisations addressing HIV/AIDS prevention for mobile populations in Europe. European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email: aidsmobility@nigz.nl

African Women Confronting AIDS. Training guide for female African migrants. Available in English, French and Spanish. Editors: Latefa Imane, Marisa Ros Collado, Maureen Louhenapessy and Rinske van Duifhuizen, October 1998. No de commande: SA 98332 (English), SA 98333 (French). European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email: aidsmobility@nigz.nl

Affiches relatives à la prévention, de pays africains: <http://aidsnet.ch/d/index.htm>, rubrique catalogue des médias, affiches

Brochures sur le thème migration et santé y compris le VIH/sida dans les langues suivantes: kikongo, lingala, kiswaili, tshiluba, tigrigna, amharic, swahili, somalien et hausa. A commander chez A.K.A.M. Archiv, Kadiner Str. 17, 10234 Berlin-Freiderichshain, Tel: +49 30 29 00 69 48, Fax: +49 30 29 00 69 49, email: via.akam@berlin.snafu.de

Mutilations génitales chez les femmes. Brochure d'information réalisées par : anthropologists against genital mutilation antagem. A commander chez: antagem, c/o Charlotte Beck-Karrer, Rabbentalstr. 77, 3013 Bern, Tel/Fax: 141 31 332 48 28. SFr 5.- + Porto

Brochures en anglais:

- Men's Matters. A guide for African men on HIV and AIDS
- Women's Matters. An introduction to HIV for African women
- Baby Matters. HIV, pregnancy and Childbearing issues for African women
- An Introduction to HIV treatments for African people

A commander chez Ugandan AIDS Action Fund. Unit 333, Great Guildford Business Square, 30 Great Guildford Street, London SE1 OHS/ Terrence Higgins Trust, 52-54 Grays Inn Road, London WC1X 8JU, website: [www.tht.org.uk](http://www.tht.org.uk)

Bulletin „lettre“ des „European partenariat between African communities and health partners for hiv/aids prevention“. Abonnement auprès de:

GRDR, 20, rue Voltaire, 93107 Monteuil, France, Tel. +33 1 48 57 75 80, Fax +33 1 48 57 59 75, Grdrsante@wanadoo.fr

FOCUS, 38 Grosvenor Gardens, Victoria, London SW1W 0EB, United Kingdom, Tel. +44 020 7 730 3010, Fax +44 020 7 730 7030, priyamarkanday@focus-consultancy.co.uk

## 15 Organisations de migrant-e-s africain-e-s en Suisse et adresses de contact en Europe

### **Organisations de migrant-e-s africain-e-s en Suisse**

Africa Freedom, René Meyer, Culmanstr. 17, 8006 Zurich, Tel: 01 318 82 34, [www.Africa-integration.ch](http://www.Africa-integration.ch)

Afrikanium, IG für Bildung, Gesundheit und afrikanische Kulturen, Postfach 121, 4601 Olten

Afro Association Zürich AAZ, Matthias Ezeoba, Postfach 869, 8021 Zurich, Tel: 01 825 26 82, email: [afrilink@pop.agri.ch](mailto:afrilink@pop.agri.ch)

Association Africaine de Défense de Droits de l'Homme ASADHO, Beundenweg 3, 3422 Kirchberg

Association Culturelle Regards Africains, CP 46, 1211 Genève 24, Tel: 022 343 87 93, email: [regaf@worldcom.ch](mailto:regaf@worldcom.ch)

Association des Femmes d'Origine Africaine AFOA, Mme Kinja Mulegwa Migabo, CP 3492, 1211 Genève 3, Tel: 022 789 13 35, email: [mulkinja@worldcom.ch](mailto:mulkinja@worldcom.ch)

Association des Jeunes d'Origine Africaine AJOA, 14, Avenue du Mail, 1205 Genève, email: [ajoa\\_ajoa@hotmail.com](mailto:ajoa_ajoa@hotmail.com)

Association panafricaine pour l'Art, Dr. M. Sigam, CP 114, 1211 Genève 7, Tel: 022 734 91 80

Communauté africaine en Suisse CAS, M. Muadia Lungeni, Postfach 2504, 6002 Lucerne, Tel: 041 280 49 32

Treffpunkt schwarzer Frauen, Manessestr. 73, 8003 Zurich, Tel: 01 850 75 33, email: [blackwomenscentre@hotmail.com](mailto:blackwomenscentre@hotmail.com)

Yaakaare, CP 5747, 1211 Genève 11, Tel: 022 45 42 34/705 77 83

### **Adresses de contact en Europe**

African Foundation for AIDS Prevention and Counselling AFAPAC, P.O. Box 12389, 1100 AJ Amsterdam, The Netherlands, Tel: 0031 20 6003454, email: [1.afapac@wxs.nl](mailto:1.afapac@wxs.nl)

African Health Team, Posttutak Gronland P.K., 0133 Oslo, Norway, Tel: 0047 22 08 29 50

African HIV Steering Group, New City Cloisters, 188-196 Old Street, London EC1V 9FR

AFRIKAHERZ, c/o Projekt Migration und Gesundheit, VIA-Berlin Brandenburg Kadinerstr. 17, 10243 Berlin Deutschland, Tel: 0049 30 29 00 71 53, email: [via.akam@snaflu.de](mailto:via.akam@snaflu.de)



European Project AIDS & Mobility, NIGZ, P.O.Box 500, NL-3440 Woerden, email:  
aidsmobility@nigz.nl

Groupe de recherche et de réalisation pour le Développement en milieu Rural GRDR, 20, rue  
Voltaire, 93107 Monteuil, France, Tel. 0033 1 48 57 75 80, email:  
Grdrsante@wanadoo.france

NAZ Project, Palingswick House, 241 King Street, London W6 9LP, email:  
nazlon@dircon.co.uk

Soziale und gesundheitliche Information und Betreuung für Frauen und Mädchen aus afrika-  
nischen Ländern, VIA-Berlin Brandenburg, Kadinerstr. 17, 10243 Berlin Deutschland, Tel:  
0049 30 29 00 71 53, email: via.akam@snaflu.de

Service Social des Etrangers et Agence de prevention du SIDA, 22, rue de la Croix, B-1050  
Bruxelles, Belgique, Tel: 0032 2 649 99 58, email: sseaf@brutele.b

Ugandan AIDS Action Fund. Unit 333, Great Guildford Business Square, 30 Great Guildford  
Street, London SE1 OHS/ Terrence Higgins Trust, 52-54 Grays Inn Road, London WC1X  
8JU, website: www.tht.org.uk

## 16 Liens Internet

### Organisations internationales

UNAIDS (The Joint UN Programme on HIV/AIDS)	<a href="http://www.unaids.org">http://www.unaids.org</a>
World Health Organization WHO	<a href="http://www.who.int">http://www.who.int</a>

### Institutions, projets et réseaux européens

Deutsche Aids-Hilfe DAH	<a href="http://www.aidshilfe.de/">http://www.aidshilfe.de/</a>
European Project Aids & Mobility	<a href="http://195.108.118.5/aidsmobility/index.html">http://195.108.118.5/aidsmobility/index.html</a>
Le Pôle Migrants/Afrique du CRIPS Ile-de-France	<a href="http://www.vihinternet.org/">http://www.vihinternet.org/</a>
Migrants against HIV/AIDS MAHA	<a href="http://www.aegis.com/maha/index.html">http://www.aegis.com/maha/index.html</a>
Migrations Santé, Frankreich	<a href="http://www.migrations-sante.org/index-en.html">http://www.migrations-sante.org/index-en.html</a>
National AIDS Trust, United Kingdom	<a href="http://www.nat.org.uk/isubjects.html#A">http://www.nat.org.uk/isubjects.html#A</a>
Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), Nederlande	<a href="http://www.nigz.nl/nigz/adres.php3">http://www.nigz.nl/nigz/adres.php3</a>
Royal Tropical Institute AIDS Coordination Bureau, Pays-Bas	<a href="http://www.kit.nl/ibd/html/acb.htm">http://www.kit.nl/ibd/html/acb.htm</a>
Terrence Higgins Trust, United Kingdom	<a href="http://www.tht.org.uk/">http://www.tht.org.uk/</a>

### Institutions, projets et réseaux en Suisse

Aids-Hilfe beider Basel	<a href="http://www.ahbb.ch/">http://www.ahbb.ch/</a>
Aids-Hilfe Schweiz AHS	<a href="http://www.aids.ch/">http://www.aids.ch/</a>
Aids Info Docu/aidsnet.ch	<a href="http://www.hivnet.ch/d/index-frame.html">http://www.hivnet.ch/d/index-frame.html</a>
Verein Africa Freedom	<a href="http://www.Africa-integration.ch">http://www.Africa-integration.ch</a>
Office fédéral de la santé publique	<a href="http://www.admin.ch/bag/">http://www.admin.ch/bag/</a>
Groupe Sida Genève GSG	<a href="http://www.hivnet.ch/gsg/">http://www.hivnet.ch/gsg/</a>
Internetz Schweiz	<a href="http://www.internetz-schweiz.ch/">http://www.internetz-schweiz.ch/</a>
Migrantinnenberatung Zürich	<a href="http://www.frauenberatung.ch/frauenberatung/deutsch/migr.htm">http://www.frauenberatung.ch/frauenberatung/deutsch/migr.htm</a>
Newsgroup Afrika	<a href="http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/">http://www.hivnet.ch:8000/africa/safco/</a>
Nosotras - Wir Frauen	<a href="http://www.access.ch/nosotras/dt/Willkommenip.htm">http://www.access.ch/nosotras/dt/Willkommenip.htm</a>
Projet migration et santé OFSP	<a href="http://www.migration-sante.ch/lang_de/index_sub.html">http://www.migration-sante.ch/lang_de/index_sub.html</a>



## 17 Bibliographie

- Aids-Hilfe beider Basel, 1999a: *Aids-Prävention im Sexgewerbe (APiS)*. Basel.
- Aids-Hilfe beider Basel, 1999b: *Gesundheit und Migration (GuM). HIV/Aids-Prävention für fremdsprachige Menschen*. Basel.
- Aids-Hilfe Schweiz, 1999: *Aids-Prävention im Sexgewerbe in der Schweiz/ Barfüsser 1999*. Zürich.
- Aids-Hilfe Schweiz, 2000a: *Haltung der AHS zur Ausschaffung HIV-positiver AusländerInnen. Grundlagenpapier, überarbeitete Version*. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz.
- Aids-Hilfe Schweiz, 2000b: *Rundbrief "frauenspezifische HIV/Aids-Prävention"*. Zürich.
- Anonym, 2000: *Was heisst Aids für den afrikanischen Menschen?* Frankfurter Rundschau, 8. Juli.
- Association des Jeunes d'Origine Africaine und Groupe Sida Genève, 1994: *La Griffes. Numéro spécial sida*. Genf.
- BAG Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten und BAG Abteilung Sucht und Aids, 2000: *HIV-Infektion: Unterschiedliche Trends je nach Herkunftsregion*. BAG Bulletin (23): p. 436-442.
- Baruani Yuma, K. und M. Louhenapessy, ca. 1986: *Comprendre les obstacles à la prévention du SIDA en communauté migrante africaine*. Bruxelles: Service Social des Entrangers d'Accueil et de Formation – Prévention SIDA.
- Batumike, C., 1997: *Femmes d'Afrique et d'Antilles en Suisse*. Bern: Editions Mosaïque, Collection "Rencontres".
- Beck-Karrer, C., 1996: *Löwinnen sind sie. Gespräche mit somalischen Frauen und Männern über Frauenbeschneidung*. Bern: eFeF-Verlag.
- Beck-Karrer, C., 1999: *Frauenbeschneidung ist eine Menschenrechtsverletzung*. Zeitschrift für Friedenspolitik FriZ (6): p. 25.
- Bieler, P. und J. Martin, 2000: *Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit: Aids-Pandemie und Entwicklungshilfe - ein langer und schwieriger Prozess?* Aids Infothek (Sonderausgabe HIV/Aids in Afrika): p. 42-43.
- Brady, M., 1999: *Female genital mutilation: complications and risk of HIV transmission*. Aids Patient Care and STDs 13 (12): p. 709-716.
- Office fédéral de la santé publique, 1995: *Projet migrants, Rapport d'activités 1993-1995*. Bern: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique, 2000: *Projet migration et santé, service migration, Rapport annuel 1999*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique service migration, 1997: *Projet migrants, Rapport d'activités 1995-1997*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Burgi, D. und F. Fleury, 1996: *A national AIDS prevention programme for migrants*, in: *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*, M. Haour-Knipe und R. Rector, eds. London: Taylor & Francis, p. 136-153.
- Comaroff, J., 1993: *The diseased heart of Africa: medicine, colonialism, and the black body*, in: *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*,

- S. Lindenbaum und M. Lock, eds. Berkeley: University of California Press, p. 305-329.
- Desclaux, A., 1998: *Evaluation d'accompagnement de la multithérapie antirétrovirale chez les patients VIH 1 du Sénégal. Aspects sociaux et observance. Pré-enquête*: PNLS Sénégal/IMEA/ORSTOM, Projet SIDAK AC 12.
- Desclaux, A. und B. Taverne, 2000: *Allaitement en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Paris: Karthala.
- Duster, T., 1990: *Backdoor to eugenics*. New York: Routledge.
- European Union, 2000: *The gender paradigm shift. HIV/AIDS Action in developing countries (6)*: <http://europa.eu.int/comm/development/aids/html/nl0601.htm>.
- Ezeoba, M., 2000: *Zur Lebenssituation der dunkelhäutigen Menschen in der Schweiz*. Tangram (8): p. 27-32.
- Fleury, F., 1988: *Les migrants. Rapport final 1988*. Lausanne: IUMSP.
- Glick Schiller, N., N. Basch und C. Szanton Blanc, 1995: *From immigrant to transmigrant: theorizing transnational migration*. *Anthropological Quarterly* 68 (1): p. 48-63.
- Groupe Sida Genève, 2000: *Rapport d'activités 99*.
- Guyot, S., 1995/96: *Regards zairois sur la prévention du sida*: unbekannt.
- Haour-Knipe, M., 1998: *Prévention du sida ou discrimination? Les migrants et les minorités ethniques*, in: *Le sida en Europe: Nouveaux enjeux pour les sciences sociales*. Paris: ANRS, p. 159-170.
- Haour-Knipe, M., 2000: *Migration und HIV/Aids in Europa*. *Aids Infothek* (5): p. 4-14.
- Haour-Knipe, M., F. Fleury und F. Dubois-Arber, 1999: *HIV/AIDS prevention for migrants and ethnic minorities: three phases of evaluation*. *Social Science and Medicine* 49: p. 1357-1372.
- Heiniger, M., 2000: *"Farbige" in der Schweiz - aus der Sicht der Statistik*. Tangram (8): p. 80-81.
- Heiniger, M., A. Fässler und E. Salvisberg, 2000: *Ausländerinnen und Ausländer in der Schweiz*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique OFS.
- Imane, L., M. R. Collado, M. Louhenapessy, et al., eds., 1998: *Training guide for female African migrants*. Woerden: Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention NIGZ.
- Jeannin, A., M. Schmid und P. Huynh Do, 2000: *Mise en oeuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2003*. Lausanne: IUMSP.
- Jung, F. und M. Taschies, 2000: *Aids/STD-Prävention für männliche Asylbewerber*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 366-369.
- Kopp, C., 2001: *HIV and medical care in transition*. Berne: Institut d'Ethnologie (forthcoming thesis).
- Kremer, H., 2000: *Kinderwunsch bei HIV-positiven Frauen: aus der Sicht der Betroffenen*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV*.

- (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000), H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 309-312.
- Louhenapessy, M., 1996: *Care issues and migrants*, in: *Crossing borders. Migration, ethnicity and AIDS*, M. Haour-Knipe und R. Rector, eds. London: Taylor & Francis, p. 154-167.
- Manderson, L. und P. Aaby, 1992: *An epidemic in the field? Rapid assessment procedures and health research*. *Social Science and Medicine* 35 (7): p. 839-850.
- McCombie, S. C., 1990: *AIDS in cultural, historic, and epidemiologic context*, in: *Culture and AIDS*, D. A. Feldman, ed. New York: Praeger.
- Meda, N., I. Ndoye, S. M. Boup, et al., 1999: *Low and stable HIV infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention?* *AIDS* 13: p. 1397-1405.
- Mpembele, Z. Z., 1999: *Projet Peps Anco*. Lausanne: Point Fixe/Office fédéral de la santé publique.
- Mpembele, Z. Z., 2000: *Projet Peps Anco. Evaluation intermediaire de Janvier à Mai 2000*: Point Fixe/Office fédéral de la santé publique.
- Muecke, M., 1992: *New paradigms for refugee health problems*. *Social Science and Medicine* 35 (4): p. 515-523.
- Mulegwa, K., 2000: *Être femme de couleur en Suisse*. *Tangram. Bulletin de la commission fédérale contre le racisme* (8): p. 56-59.
- Müller, W., 1999: *HIV-Prävention für Migrant/innen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): Konzepte, Erfahrungen, Status, Ausblick (Impulsreferat)*. Erfahrungen und Modelle erfolgreichen Arbeitens mit MigrantInnen im Gesundheits- und Sozialwesen. Loccum: Evangelische Fachhochschule Hannover, Evangelische Akademie Loccum.
- Muluneh, A. und A. Waka, 1999: *Afrikanische Communities in Deutschland. Eine Bestandesaufnahme zur Entwicklung eines kulturspezifischen Konzepts für die HIV- und AIDS-Prävention*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Mutombo, K., 2000: *La construction des sous-étages du racisme anti-Noir en Suisse*. *Tangram* (8): p. 37-40.
- Narimani, P., 1998: *Migration und AIDS. Länderbericht: Deutschland*. Berlin: Verband der Initiativgruppen in der Ausländerarbeit (VIA).
- Narimani, P. und S. Baune, 1999: *MigrantInnenarbeit in der AIDS-Hilfe – Grenzen und Möglichkeiten. Dokumentation des Seminars vom 14. - 16.10.1998*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe.
- Nyfelner, D. und D. Béguin Stöckli, 1994: *Genitale Verstümmelung. Afrikanische Migrantinnen in der Schweizerischen Gesundheitsversorgung*. Bern: Institut für Ethnologie, Arbeitsblätter Nr. 10.
- Packard, R. M. und P. Epstein, 1992: *Medical research on AIDS in Africa: a historical perspective*, in: *AIDS: the making of a chronic disease*, E. Fee und D. M. Fox, eds. Berkeley: University of California Press, p. 346-376.
- Patton, C., 1990: *Inventing AIDS*. New York: Routledge.

- Savignoni, A., F. Lot, J. Pillonel, et al., 1999: *Situation du Sida dans la population étrangère domiciliée en France*. Paris: Institut de Veille Sanitaire.
- Schwab, M., 2000: *"Seven plus one": Zum Aidsdiskurs im anglophonen Kamerun*. Bern: Institut für Ethnologie (Lizentiatsarbeit in Vorbereitung).
- Sharief, T., A. Edubio, R. Spaine, et al., 2000: *Prävention mit und für in Deutschland lebende(n) MigrantInnen am Beispiel afrikanischer Communities*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 364-365.
- Somaini, B., W. Twisselmann, T. Ferber, et al., 1999: *VIH et sida. Programme national 1999-2003*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Sonnenberg-Schwan, U., 1999: *Der Kinderwunsch HIV-positiver Frauen und Möglichkeiten zur Verwirklichung: (nicht nur) ein Plädoyer zum Recht auf Selbstbestimmung und Information*, in: *Mit AIDS leben. Prävention, Therapie, Behandlungsmöglichkeiten, psychosoziale Aspekte (Tagungsband der 7. Münchner Aids-Tage)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 304-312.
- Sonnenberg-Schwan, U., 2000: *Der Kinderwunsch HIV-positiver Frauen aus psychosozialer Sicht*, in: *AIDS. Herausforderungen für Forschung, Behandlung und das Leben mit HIV. (Tagungsband der Münchner Aids-Tage vom 5.-7. Mai 2000)*, H. Jäger, ed. Landsberg a.L.: Moderne Industrie, p. 319-324.
- Studer, A. M., 2000: *"Tu sais, c'est souvent la sorcellerie..." Hexerei und Aidspräventionsverhalten aus entwicklungs-ethnologischer Perspektive im urbanen Kontext der Elfenbeinküste*. Zürich: Ethnologisches Seminar der Universität Zürich.
- Treichler, P. A., 1992: *AIDS and HIV infection in the Third World: a First World chronicle*, in: *AIDS: the making of a chronic disease*, E. Fee und D. M. Fox, eds. Berkeley: University of California Press, p. 376-412.
- UNAIDS, 1998: *A measure of success in Uganda. The value of monitoring both HIV prevalence and sexual behaviour*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 1999a: *Acting early to prevent AIDS: the case of Senegal*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 1999b: *Sexual behavioural change for HIV: where have theories taken us?* Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 1999c: *Summary booklet of best practices*. Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 2000a: *Enhancing the greater involvement of people living with or affected by HIV/AIDS (GIPA) in Sub-Saharan Africa. A UN response: how far have we gone?* Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS, 2000b: *Report on the global HIV/AIDS epidemic. June 2000*: Geneva: UNAIDS.
- UNAIDS et IMAU, 1998: *Aids education through Imams: a spiritually motivated community effort in Uganda*. Geneva: UNAIDS.
- Van Campenhoudt, L., 1998: *Nouvelles tendances théorétiques dans la recherche européenne sur les comportements sexuels face au risque du VIH*, in: *Le sida en Europe*, Y. Souteyrand und V. Dore, eds. Paris: ANRS, p. 71-80.
- OMS, 1981: *Global strategy for health for all by the year 2000*. Geneva: WHO.