

Niveau de connaissances et comportement en matière de prévention du VIH au sein d'une population de migrants

DENISE WETZEL^{a,b}, EMILIE JEANNOT^{c,d} et Dr SOPHIE DURIEUX-PAILLARD^a

Rev Med Suisse 2019; 15: 748-51

A Genève, une consultation de conseil et test volontaire du VIH (VCT, *Voluntary Counselling and Testing*) pour migrants existe dans une structure de médecine de premier recours. Un questionnaire semi-structuré, servant aussi de guide d'entretien, est rempli durant ces consultations VCT. 650 questionnaires ont été analysés. 82% sont demandeurs d'asile. 30% déclarent ne pas vraiment comprendre les modes de transmission du VIH et 27% citent des modes de contamination erronés. 78% des femmes n'utilisent pas le préservatif systématiquement, et mentionnent pour motif le partenaire stable contre 49% pour les hommes. Le VCT constitue un outil de prévention idéal: l'entretien accompagnant le test permet de discuter ouvertement sur les différentes pratiques à risque et individualiser l'information. Cependant, cela nécessite une structure adaptée, accessible financièrement.

Level of knowledge and behavior regarding HIV prevention in a population of migrants

In Geneva an HIV voluntary counselling and testing (VCT) consultation for migrants exists in a primary care center. A semi-structured questionnaire, was filled out during the VCT consultations. 650 questionnaires were analyzed. 82% were asylum seekers. 30% said they did not really understand how HIV is transmitted and 27% cited erroneous modes of contamination. 78% of women who did not use condoms regularly gave having a stable partner as the reason compared to 49% for men. VCT is a great prevention tool: the counseling accompanying the test provides an opportunity to openly raise various risk practices and to personalize the information. However, this requires a suitable and affordable structure.

INTRODUCTION

Un axe fort de la politique suisse en matière de prévention du VIH/sida depuis 2002 est de développer l'accès à l'information et au dépistage des populations les plus à risque par des stratégies de type VCT (*Voluntary Counselling and Testing*).¹ Bien codifiées et reconnues internationalement, les techniques de VCT sont considérées comme un moyen efficace de lutte contre le VIH.^{2,3}

^a Programme santé migrants, Département de médecine communautaire, de premier recours et des urgences, HUG, 1211 Genève 14, ^b Groupe sida Genève, 9 rue du Grand-Pré, 1202 Genève, ^c Institut de santé globale, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève, ^d Section d'Addictologie, Département de psychiatrie, CHUV, Rue du Bugnon 23, 1011 Lausanne
denise.wetzel@hcuge.ch | emilien.jeannot@unige.ch | sophie.durieux@hcuge.ch

En 2006, dans le cadre d'un projet pilote initié par l'Office fédéral de la santé publique, une activité «VCT migrants» (VCTM) s'est mise en place au sein de la consultation du Programme Santé Migrants (PSM) (Service de médecine de premier recours, HUG). Destinée aux populations migrantes les plus vulnérables (demandeurs d'asile, réfugiés, migrants sans papiers), cette consultation est pérennisée depuis 2009 grâce à un partenariat entre les HUG et le Groupe sida Genève: association de prévention et de soutien aux personnes séropositives financée par le canton de Genève.

L'objectif de cette étude est de documenter les connaissances et comportements en matière de VIH/sida de cette population et d'évaluer la pertinence des consultations VCT.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Population

La consultation du PSM est destinée aux demandeurs d'asile récemment arrivés dans le canton de Genève. Elle offre des prestations de médecine de premier recours (consultations infirmières et médicales), dans le contexte d'un réseau de soins. Elle accueille aussi des patients migrants sans assurance maladie et sans permis de séjour valable. Au sein du PSM, les prestations de VCT sont réalisées par une infirmière spécialisée sur rendez-vous principalement.

Chaque personne se présentant à la consultation VCTM s'est vue proposer un entretien semi-dirigé confidentiel, basé sur un questionnaire permettant de récolter les données qui font l'objet de la présente analyse. Le questionnaire, ainsi que le concept même de la consultation VCTM, ont été soumis à l'approbation du comité d'éthique des HUG avant le début du projet en 2006. Les données présentées dans cet article sont issues de l'analyse des questionnaires remplis lors des entretiens VCTM depuis le début de la consultation en mai 2006.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques

Le **tableau 1** montre les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées. 80% des répondants sont des hommes. Leur âge se situe entre 15 et 70 ans, (médiane à 25 ans

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques de la population (N = 650)

Les pourcentages sont calculés sur les données correctement remplies par le patient, le n peut varier selon la caractéristique présentée. *n = 646; ** n = 537; *** n = 644; **** n = 617.

Caractéristiques	n (%)
Genre	
Hommes	522 (80)
Femmes	128 (20)
Age médian: 26,2 ans	
Origine	
Afrique de l'Ouest	218 (33,5)
Afrique de l'Est	127 (19,5)
Afrique Centrale	58 (8,9)
Afrique Australe	6 (0,9)
Total Afrique subsaharienne	409 (62,9)
Amérique latine	61 (9,4)
Afrique du Nord	24 (3,7)
Moyen-Orient	66 (10,2)
Asie	37 (5,7)
Europe	53 (8,2)
Religion*	
Chrétiens	315 (48,8)
Musulmans	242 (37,5)
Hindouistes/Bouddhistes	33 (5,1)
Autres	13 (2)
Sans religion	43 (6,7)
Statut relationnel	
Célibataire	458 (70,5)
Marié / en couple	192 (29,5)
Niveau d'études**	
- 6 ans	126 (23,5)
6 ans	80 (14,9)
7-10	207 (38,5)
Formation professionnelle	73 (13,6)
Etudes supérieures	51 (9,5)
Statut de séjour en Suisse***	
Requérants d'asile	402 (62,4)
Nem/déboutés	130 (20,2)
Sans papiers	96 (14,9)
Autres (permis B, L, C)	16 (2,5)
Niveau de lecture****	
Couramment	508 (78,9)
Pas du tout	41 (6,4)
Avec difficulté	68 (10,6)

pour les hommes et 29 ans pour les femmes). 63% sont originaires d'Afrique subsaharienne, dont principalement l'Afrique de l'Ouest (33%) et de l'Est (19%), suivie par le Moyen-Orient (10%), l'Amérique latine (9%), l'Europe (8%) et l'Asie (6%). 49% des requérants de notre échantillon se déclarent chrétiens et 37,5% musulmans; seuls 6,7% se déclarent sans religion. Le niveau moyen d'étude est modeste: 20% déclarent ne pas lire couramment dans leur langue maternelle et près d'un quart ont fait moins de six ans d'études. 62% des répondants sont demandeurs d'asile, 20% déboutés et 15% des migrants sans papiers. 70% se déclarent célibataires.

Connaissances générales VIH/sida

Connaissances antérieures à la venue en Suisse

80% des répondants ont déjà entendu parler du sida dans leur pays d'origine. 36 à 43% des personnes originaires d'Asie, d'Europe et du Moyen-Orient déclarent n'avoir jamais reçu d'informations sur le sida antérieurement à leur arrivée en Suisse. Ce taux est moindre chez les personnes provenant d'Afrique subsaharienne (12%) et d'Amérique latine (9%) ($p < 0,001$).

Dans le pays d'origine, l'information sur le sida a principalement été transmise par les canaux suivants: médias 56% (télévision, radio, affiches publicitaires), école ou milieu professionnel (19,1%), connaissances et/ou famille (14%) et les professionnels de la santé (10%) ($p = 0,035$).

Connaissances des modes de transmission et protection

Le **tableau 2** indique les connaissances des répondants concernant les modes de transmission et les modes de protection du VIH: 91% des répondants mentionnent spontanément les rapports sexuels comme moyen de transmission. La transmission sanguine est évoquée par 61% des personnes interrogées, la transmission foeto-maternelle étant très peu connue (6%) ($p = 0,001$). Les personnes d'Afrique subsaharienne ont un taux de réponses exactes plus élevé sur les modes de transmission que les autres migrants.

27% ont cité des modes de transmission du VIH erronés et 29% disent ne pas être sûrs des modes de transmission qu'ils ont évoqués. Comme moyen de protection face au VIH, 76% des répondants mentionnent le préservatif, 57% la fidélité et 17% l'abstinence. 10% des personnes interrogées déclarent ne pas savoir comment se protéger. Parmi les personnes ayant mentionné la fidélité comme moyen protecteur, seules 38% avaient déjà effectué un test de dépistage VIH.

La majorité des personnes reconnaissent la gravité de la maladie, mais 70% déclarent ne pas savoir si le sida se soigne. Concernant la trithérapie, seuls 22% connaissent l'existence du traitement, et 18% pensent qu'il n'existe pas de médicaments permettant de soulager cette maladie ($p < 0,001$).

Les hommes expriment deux fois plus que les femmes le fait d'être mal informés (33 et 14% respectivement) ($p < 0,001$).

Utilisation du préservatif

Le **tableau 3** indique les modes d'utilisation du préservatif selon le sexe, l'origine et le niveau d'études: 34% des répon-

TABLEAU 2

Connaissances sur les modes de transmission et de protection

Plusieurs réponses sont possibles.

	Afrique subsaharienne n (%)	Amérique latine n (%)	Moyen-Orient et Afrique du Nord n (%)	Asie n (%)	Europe n (%)	p
Quels moyens de transmission						< 0,01
Relations sexuelles	367 (92,0)	61 (100)	87 (87)	36 (97,3)	45 (86,5)	
Sang	261 (65,4)	45 (73,8)	46 (46)	19 (51,4)	30 (57,7)	
Fœto-maternelle	29 (7,3)	5 (8,2)	4 (4)	0 (0)	1 (1,9)	
Salive, baiser	26 (55,3)	1 (1,6)	11 (11)	2 (5,4)	7 (13,5)	
Moustique	21 (5,3)	0 (0)	4 (4)	2 (5,4)	1 (1,9)	
Autres	68 (17)	4 (6,6)	15 (15)	4 (10,8)	5 (9,6)	
Ne sait pas	109 (27,3)	7 (11,5)	44 (44)	13 (35,1)	17 (32,7)	
Quels moyens de protection face au risque sexuel						< 0,02
Fidélité	242 (60,7)	49 (80,3)	44 (44)	15 (40,5)	22 (40)	
Préservatif	311 (77,9)	59 (96,7)	60 (60)	24 (64,9)	40 (72,7)	
Abstinence	79 (19,8)	9 (14,8)	14 (14)	7 (18,9)	4 (7,3)	
Ne sait pas	32 (8)	0 (0)	21 (21)	6 (16,2)	7 (12,7)	
Autres	9 (2,3)	0 (0)	21 (21)	6 (16,2)	7 (12,7)	
Est-ce que le sida se soigne?						< 0,01
Oui	112 (26,8)	14 (23)	8 (8)	6 (16,2)	7 (13,5)	
Non	80 (20,1)	4 (6,6)	13 (13)	2 (5,4)	11 (21,2)	
Ne sait pas	212 (53,1)	43 (70,5)	79 (79)	29 (78,4)	35 (67,3)	

TABLEAU 3

Utilisations du préservatif

	Jamais n (%)	Occasionnellement n (%)	Toujours n (%)	p
Genre				0,032
Homme	179 (34,3)	245 (46,9)	98 (18,8)	
Femme	24 (18,8)	88 (72,7)	11 (8,6)	
Origine				0,021
Afrique subsaharienne	114 (27,8)	205 (50)	91 (22,2)	
Amérique latine	7 (11,7)	40 (66,7)	13 (21,7)	
Moyen-Orient/Afrique du Nord	50 (50)	36 (36)	14 (14)	
Asie	23 (62,2)	9 (24,3)	5 (13,5)	
Europe	9 (17,3)	13 (25)	30 (57,7)	

dants hommes déclarent ne jamais utiliser de préservatif contre 18% chez les femmes. Chez les personnes (hommes et femmes) originaires d'Asie et du Moyen-Orient, ce taux atteint respectivement 62 et 50% ($p = 0,022$).

Parmi les personnes ayant déclaré avoir déjà utilisé un préservatif, seuls 9% des femmes contre 19% des hommes l'utilisent de manière systématique ($p = 0,014$). Les motifs pour lesquels le préservatif n'est pas utilisé diffèrent fortement en fonction du genre:

- Le fait d'avoir un partenaire stable est le motif le plus fréquemment évoqué. Les femmes sont plus nombreuses à le

- mentionner (78 contre 49% chez les hommes) ($p = 0,025$);
- Concernant les violences sexuelles, 15% des femmes ont évoqué ce motif contre 2% des hommes ($p = 0,045$).

Comportements à risque

63% des répondants ont déclaré avoir pris un ou plusieurs risques sexuels, soit dans l'année en cours ou dans les années précédentes. Parmi ces personnes, 47% ont déclaré avoir eu un rapport non protégé avec une personne originaire d'un pays à haute prévalence, 68% ont pris un ou plusieurs risques dans le cadre d'une relation occasionnelle et 54% dans le cadre d'une relation stable.

Recours au dépistage VIH

65% des répondants ont déjà fait un test de dépistage VIH. Les femmes sont presque deux fois plus nombreuses à avoir effectué le test que les hommes, respectivement 52% contre seulement 29% ($p < 0,0001$). Plus de la moitié des tests de dépistage ont été effectués en Suisse ou dans un autre pays européen.

DISCUSSION

Près de deux tiers des répondants de notre étude sont originaires de pays à forte prévalence du VIH (Afrique subsaharienne), ce qui montre que cette consultation vise un public particulièrement pertinent en termes d'information et de prévention du VIH/sida.

L'analyse des résultats permet de mettre en évidence deux groupes de patients différents: 1) les demandeurs d'asile et les déboutés, majoritairement des jeunes hommes célibataires, et 2) les migrants sans papiers, principalement des jeunes femmes originaires d'Amérique latine.

La maîtrise des moyens de protection est insuffisante chez une grande partie des répondants, mettant en avant l'importance de consacrer du temps au *counseling* lors de l'entretien VCT et d'expliquer de manière pratique la façon de mettre des préservatifs, les moyens de se les procurer mais aussi de discuter sur les raisons pour lesquelles il n'est pas aisé de les utiliser systématiquement, comme par exemple manque de confort, difficulté de maintenir une érection, consommation d'alcool ou violence/contraintes sexuelles, etc. Pour ce dernier point, concernant les motifs pour lesquels les personnes n'ont pas utilisé de préservatif, les réponses diffèrent fortement en fonction du genre. La fidélité est le premier motif rapporté, tant par les hommes que par les femmes. Cependant, les femmes la mentionnent bien plus fréquemment que les hommes (75 et 49% respectivement).

Pour autant, le réflexe d'avoir recours à un test VIH avant d'abandonner le préservatif dans le cadre d'une relation stable n'est pas intégré, 60% des personnes ayant évoqué le motif de la fidélité n'avaient jamais fait de test de dépistage. Si la fidélité est mise en avant comme moyen de protection, il s'agit surtout de faire confiance à l'autre. Par ailleurs, comme le suggèrent d'autres études, il existe souvent une grande différence entre la perception du risque et les comportements individuels.^{4,5}

La négociation du recours au préservatif semble plus difficile pour les femmes, 46% d'entre elles ont mentionné ne pas utiliser de préservatif parce qu'elles n'osent pas demander à leur partenaire masculin de mettre un préservatif. Les hommes par contre, n'ont mentionné ce motif que dans 5% des cas.

Un recours au dépistage insuffisant

Les résultats de cette analyse révèlent aussi que le taux de dépistage est insuffisant au sein de cette population face aux risques encourus. Seuls 29% des hommes et 52% des femmes interrogés avaient déjà fait un test de dépistage VIH.

Le dépistage dans le pays d'origine reste faible, l'accès aux structures de soins étant souvent plus difficile, voire inexistant d'après la description des patients. Par ailleurs, la forte stigmatisation des personnes séropositives dans la majorité des pays d'origine n'encourage pas au dépistage. Plusieurs patients du VCT ont d'ailleurs exprimé vouloir faire un test en Suisse, car l'anonymat vis-à-vis de leur communauté était mieux préservé qu'au pays.

L'enquête ESS 2007 auprès des personnes résidant légalement en Suisse enregistrait un taux de dépistage de 66% pour les per-

sonnes originaires d'Afrique subsaharienne et 62% pour celles d'Amérique latine et des Caraïbes, alors que dans notre étude il est respectivement de 39 et 36%. En ce qui concerne les autres régions de provenance, les différences sont encore plus marquées. Ces dissemblances s'expliquent probablement par les différences de statut administratif (stabilité du permis de séjour) et de durée de séjour entre les deux populations.

Limites de l'étude

Le questionnaire ayant été initialement élaboré en tant que guide d'entretien plutôt que de questionnaire d'enquête, les résultats sont difficilement comparables avec ceux d'autres études, notamment celles mises en place par le système de surveillance de l'Office fédéral de la santé publique suisse. Les données n'ont pas été systématiquement recueillies de manière anonyme puisque les consultations VCTM sont sur rendez-vous et certaines personnes n'ont peut-être pas osé exprimer des comportements à risque, encore moins quand un interprète était présent. Néanmoins, compte tenu des caractéristiques sociodémographiques de la population, un questionnaire auto-administré, même en plusieurs versions linguistiques, aurait comporté un trop grand risque d'erreurs de compréhension et exclu d'office les personnes peu alphabétisées.

CONCLUSION

Le VCT constitue un excellent outil de prévention primaire et secondaire auprès de cette population cible, mais afin que cet outil de prévention puisse être pleinement efficace, il importe d'adapter son concept à la population cible. Une consultation VCT *migrant friendly* requiert un temps d'entretien suffisant, un coût adapté à la précarité des clients, le recours à des professionnels de santé polyglottes ayant de bonnes compétences transculturelles et le recours à des interprètes spécifiquement formés pour traduire sans gêne une thématique complexe et possédant une aisance relationnelle favorisant la discussion sur les questions de sexualité avec les patients.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les migrants précarisés se rendant aux consultations VCT (*Voluntary Counseling and Testing*) ont un niveau de connaissances concernant le VIH/sida relativement faible
- Le taux de dépistage du VIH/sida est insuffisant au sein de cette population qui est à haut taux de prévalence de la maladie
- Le VCT est un excellent moyen de prévention primaire et secondaire dans le cadre d'une consultation de médecine de premier recours

1 **Office fédéral de la santé publique. Directives de l'OFSP sur le test VIH dans le cadre du VCT («Directives VCT»), 2011.
2 Uzoichukwu B, Uguru N, Ezeoke U, et al. Voluntary counseling and testing (VCT) for HIV/AIDS: a study of the knowledge, awareness and willingness to

pay for VCT among students in tertiary institutions in Enugu State Nigeria. Health Policy 2011;99:277-84.
3 Fonner VA, Denison J, Kennedy CE, et al. Voluntary counseling and testing (VCT) for changing HIV-related risk behavior in developing countries. Cochrane Database

Syst Rev 2012;9:CD001224.

4 * Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. Eur J Public Health 2013;23:1039-45.

5 Schwarcz S, Richards TA, Frank H, et

al. Identifying barriers to HIV testing: personal and contextual factors associated with late HIV testing. AIDS Care 2011;23:892-900.

* à lire

** à lire absolument