

Hospices cantonaux
Département universitaire de médecine
et de santé communautaires

Institut universitaire de médecine
sociale et préventive
Lausanne

SYSTEME DE SUIVI DE LA
STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE
VIH/SIDA EN SUISSE 2004-2008 :

ETUDE DE FAISABILITE POUR UNE
ENQUETE « SENTINELLE » AUPRES
DES FEMMES MIGRANTES -
D'ORIGINE SUBSAHARIENNE EN
PARTICULIER

*Sandrine Jiekak Dommange, Giovanna Meystre-Agustoni,
André Jeannin, Saira Renteria, Patrick Hohlfeld, Françoise
Dubois-Arber*

Etude financée par :

Office fédéral de la santé publique (OFSP), Berne
Contrat 04.000158/2.24.01.-744

Citation suggérée :

Jiekak Dommange S, Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Renteria S, Hohlfeld P, Dubois-Arber F. Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/Sida en Suisse 2004-2008 : Etude de faisabilité pour une enquête « Sentinelle » auprès des femmes migrantes – d’origine subsaharienne en particulier. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2009. (Raisons de santé, 149).

Remerciements :

Notre gratitude va à toutes les personnes qui ont contribué à la réussite de cette étude en présentant et en distribuant le questionnaire de même qu’aux patientes qui ont accepté de répondre à nos questions.

TABLE DES MATIERES

1.	Introduction	4
2.	Méthodologie	6
2.1	Lieu « sentinelle ».....	6
2.2	Population cible	6
2.3	Récolte des données.....	6
2.4	Contenu du questionnaire	7
2.5	Taux de réponse	7
2.6	Qualité des données.....	7
2.7	Analyses	8
3.	Résultats	9
3.1	Données sociodémographiques.....	9
3.1.1	Age des patientes.....	9
3.1.2	Origine des patientes.....	9
3.1.3	Age des patientes par origine	10
3.1.4	Statut relationnel par origine.....	10
3.1.5	Niveau d'éducation par origine	11
3.2	Comportements sexuels.....	12
3.2.1	Nombre de partenaires sexuels.....	12
3.2.2	Partenaire sexuel stable	13
3.2.3	Protection avec le partenaire sexuel stable.....	14
3.2.4	Partenaires sexuels occasionnels au cours des douze derniers mois	15
3.2.5	Protection avec les partenaires sexuels occasionnels.....	15
3.2.6	Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel	16
3.2.7	Partenariats sexuels concurrents.....	17
3.2.8	Rapports sexuels sous contrainte.....	17
3.2.9	Expérience de prostitution	17
3.2.10	Expérience d'infections sexuellement transmises	18
3.3	Besoins en conseils concernant le VIH/sida et les autres IST.....	19
3.3.1	Niveau d'information auto-estimé par rapport au VIH/sida.....	19
3.3.2	Niveau d'information auto-estimé par rapport aux autres IST	20
3.3.3	Attentes par rapport à l'anamnèse sexuelle	21
3.3.4	Test de dépistage du VIH.....	22
3.4	Facteurs associés à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel.....	23
3.5	Facteurs associés à la condition de femme migrante dans la consultation de la polyclinique gynécologique.....	24
3.6	Faisabilité de l'étude.....	26
4.	Conclusions	28
5.	Bibliographie	31

1. INTRODUCTION

Le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2007 est de 33 millions. L'Afrique subsaharienne représente à elle seule le 67% de tous les cas¹.

Les infections à VIH contractées par voie hétérosexuelle, principalement chez des migrants, ont constitué la plus forte proportion (42%) des nouvelles infections à VIH diagnostiquées en Europe occidentale en 2006. Dans cette partie du monde, la majorité des cas de VIH transmis par voie hétérosexuelle concernent des personnes originaires de pays à forte prévalence d'Afrique subsaharienne; plus de 50% des nouvelles infections sont représentées par des femmes².

On observe une grande variabilité de cette proportion entre les pays, liée à la dynamique et à la structure propres de leur épidémie. Ainsi, les personnes originaires d'un pays à épidémie généralisée représentent plus des trois quarts des nouveaux cas hétérosexuels au Royaume-Uni et en Irlande, et plus de la moitié en Belgique, Norvège, Finlande et Suède³.

Diverses études montrent que la multiplication des partenaires, la simultanéité des relations sexuelles avec des partenaires différents et une plus grande fréquence d'infections sexuellement transmissibles illustrent un comportement sexuel à risque chez les migrants comparé à la population autochtone⁴⁻⁶.

En Suisse, les données de 2008 montrent que la tendance actuelle du VIH/sida est toujours préoccupante. La situation est comparable à celle observée dans le reste des pays de l'Europe occidentale. Malgré une tendance légèrement décroissante, 30% des nouveaux cas de transmission hétérosexuelle concernent les migrants d'Afrique subsaharienne, dont 60% de femmes^a.

Autre indicateur, le taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse dans le canton de Vaud était trois fois plus important en 2007 parmi les femmes d'origine étrangère que parmi les femmes suisses. Il était même dix fois plus important parmi les femmes d'origine subsaharienne (46.0‰ contre 4.6‰ chez les Suissesses)⁷.

Suivant les recommandations de l'ONUSIDA/OMS⁸, la Suisse a mis en place un système de surveillance de deuxième génération qui allie surveillance biologique et surveillance comportementale⁹. Le principal objectif d'une telle surveillance est d'établir un suivi sur la durée des comportements à risque de transmission du VIH afin de fournir les informations nécessaires à la préparation d'interventions et à l'évaluation de leur impact.

Dans le cadre de ce système de surveillance de deuxième génération, l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), sur mandat de l'Office Fédéral de Santé Publique (OFSP), mène de façon répétée des études spécifiques auprès de la population générale et des populations à haute prévalence ou particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et consommateurs de drogue par voie intraveineuse). Jusqu'à présent, il n'y a pas eu d'enquête spécifique auprès des migrants subsahariens, malgré le fait qu'ils représentent une part importante des nouvelles infections chez les hétérosexuels. Il serait pourtant souhaitable d'assurer un suivi à long terme – dans le cadre d'un monitoring – des comportements sexuels dans cette population.

En 2005, une étude de nature exploratoire sur le comportement des migrants subsahariens en rapport avec le VIH/sida a été menée par l'IUMSP. Elle a permis de récolter des informations auprès d'un panel d'experts – composé essentiellement de personnel médical ou de membres de diverses associations – d'une part et à travers une revue de la littérature d'autre part. Cette méthode s'est révélée efficace qualitativement pour repérer les segments vulnérables de la population et identifier certains problèmes. Elle a par contre montré des limites quant à la possibilité d'être utilisée pour la surveillance

^a OFSP. Tableaux trimestriels VIH/sida 03/09
http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/05490/05749/05750/05755/index.html?lang=fr

des comportements du fait de la connaissance insuffisante des personnes ressource à ce sujet. Par conséquent, l'IUMSP a proposé de mettre en place une enquête auprès d'une population « sentinelle » de femmes migrantes incluant des femmes d'origine subsaharienne, utilisant un lieu de passage pouvant rassembler une population intéressante à suivre de manière répétée (femmes sexuellement actives) suffisamment proche de la population cible. Le lieu qui a semblé le plus approprié pour mener à bien cette étude a été le Département de gynécologie-obstétrique du CHUV à Lausanne, qui compte une proportion élevée de femmes migrantes dans sa clientèle.

Les objectifs de l'étude sont principalement :

- Décrire les comportements sexuels en rapport avec le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles (IST) des femmes migrantes – en particulier subsahariennes – consultant la policlinique de gynécologie-obstétrique d'un hôpital universitaire.
- Connaître les besoins des femmes migrantes en général et de celles d'origine subsaharienne en particulier en matière de conseils sur le VIH et les autres IST et leur disponibilité à l'anamnèse sexuelle.
- Tester la faisabilité d'une telle étude dans une structure « sentinelle », l'enquête ayant pour but de tester les moyens mis en œuvre (capacités logistiques, lieu choisi, personnes impliquées) ainsi que la réalisation du projet en vue de le reconduire à intervalles réguliers dans le cadre du système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 LIEU « SENTINELLE »

Le choix du lieu de l'étude s'est porté sur le Département de Gynécologie et d'Obstétrique (DGO) du CHUV, lieu de passage de femmes de toutes origines. Les informations ont été récoltées dans le cadre de divers lieux de consultations ambulatoires : urgences, policlinique, consultations des médecins cadres, planning familial, consultation des ultrasons et colposcopie.

2.2 POPULATION CIBLE

Bien que la population cible de départ soit constituée par les femmes migrantes en général et d'origine subsaharienne en particulier, toutes les patientes consultant en ambulatoire au DGO ont été recrutées. Ce choix découle du désir de ne pas stigmatiser les femmes migrantes, mais aussi de la volonté de cerner les besoins en conseil par rapport aux IST de toutes les patientes consultant le DGO.

L'âge minimal était de 16 ans, soit l'âge de la majorité sexuelle en Suisse. Aucune limite d'âge supérieure n'a été fixée.

La condition d'éligibilité était un niveau de littératie suffisant pour pouvoir lire et comprendre au moins une des langues du questionnaire.

2.3 RECOLTE DES DONNEES

La récolte des données a été réalisée par un questionnaire anonyme et auto-administré.

Le questionnaire, accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe réponse, était disponible en sept langues recensées comme les plus communément parlées par les patientes : français, anglais, espagnol, portugais, albanais, serbo-croate et somalien. Il a été distribué aux patientes par les réceptionnistes des urgences et de la policlinique ainsi que par les secrétaires et les infirmières des consultations spécialisées. Des séances d'information avaient été organisées pour le personnel appelé à distribuer le questionnaire. Des affichettes signalant l'étude en cours ont été disposées bien en évidence dans les salles d'attente et dans les différents lieux de distribution.

Le questionnaire rempli était directement retourné aux chercheurs soit en utilisant une urne placée dans la salle d'attente ou par poste. Les données ont été récoltées sur une période de 4 mois, de fin décembre 2007 à fin avril 2008. En raison du caractère anonyme du questionnaire, il n'y a pas eu de rappel.

L'étude avait été au préalable approuvée par la Commission d'éthique de la recherche clinique de la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne.

2.4 CONTENU DU QUESTIONNAIRE

Les indicateurs de comportements sexuels utilisés sont ceux auxquels recourent les autres études du monitoring, à l'exception de celui sur les relations sexuelles sous contrainte^b.

Les principaux indicateurs de comportements sexuels étaient les suivants :

- au cours des 12 derniers mois : l'existence d'un partenaire sexuel stable et la protection avec celui-ci, le nombre de partenaires sexuels, l'existence de partenaires occasionnels et la protection avec ceux-ci, l'existence de rapports sexuels dans la même période de temps avec plusieurs partenaires, l'existence de rapports sexuels sous contrainte, l'existence d'IST ;
- l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel ;
- l'expérience de la prostitution dans la vie.

D'autres questions portaient sur :

- l'auto-estimation du niveau d'information par rapport au VIH/sida ;
- l'auto-estimation du niveau d'information par rapport aux autres IST ;
- la disponibilité des patientes à l'anamnèse sexuelle ;
- le test de dépistage du VIH/sida au cours de la vie.

2.5 TAUX DE REPONSE

L'importante charge de travail des collaboratrices du DGO ne permettait pas l'instauration d'un relevé systématique de distribution. En lieu et place, un système de comptage précis des questionnaires livrés aux différents lieux de l'enquête de même qu'un décompte des questionnaires non distribués au terme de la récolte de données ont été mis en place. Par ailleurs, une statistique des consultations à la polyclinique durant le laps de temps de l'étude a été mise à disposition des chercheurs. La distribution par origine était la suivante : 48.8% de femmes suisses, 22.0% des femmes originaires de l'UE et 8.2% originaires de l'Afrique subsaharienne. Les femmes d'autres origines représentaient les 21.0% restants.

1182 questionnaires ont été distribués, 719 questionnaires ont été retournés, dont 16 arrivés hors délai. En définitive 703 questionnaires ont été analysés. Le taux de réponse est de 60.8%. Il est probablement à son seuil le plus bas si l'on considère que des questionnaires ont pu être égarés ou que le questionnaire a été distribué à des patientes inéligibles en raison de la méconnaissance du niveau de littératie de la patiente.

2.6 QUALITE DES DONNEES

On relève la bonne qualité des réponses fournies par les répondantes. Ainsi, le taux de non réponse aux différentes questions varie en général de 1% à 5%, à l'exception de la question sur l'existence de partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois où ce taux avoisine 8%.

^b Question tirée de l'article Mc Grath and al. Violence against women.: A Prevalence Survey of Abuse and Screening for Abuse in Urgent Care Patients. *Obstetrics and Gynecology* 1998; 91(4); 511-514.

2.7 ANALYSES

Les données ont été systématiquement analysées en fonction d'un certain nombre de variables socio-démographiques : origine, âge, niveau d'éducation et statut relationnel. Le test du chi-carré a été utilisé pour déterminer si les différences observées en fonction de ces variables étaient statistiquement significatives ($p < 0.05$).

Une régression logistique a été réalisée pour identifier les facteurs associés au statut de femme migrante consultant une polyclinique gynécologique en comparant les patientes originaires de Suisse et de l'Union européenne (à l'exclusion des pays de l'Est) aux autres patientes. Les variables incluses dans le modèle étaient : l'âge, le niveau d'éducation, le statut relationnel, le niveau d'information (auto-estimé) par rapport au VIH, le niveau d'information (auto-estimé) par rapport aux autres IST, la disponibilité à l'anamnèse sexuelle, le test VIH (dans la vie), l'expérience d'une IST au cours des 12 derniers mois, l'existence de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, l'existence de partenariats concurrents au cours des 12 derniers mois, l'expérience de la prostitution (dans la vie). La même régression a été réalisée pour comparer les femmes subsahariennes aux autres.

Une autre régression a été réalisée pour identifier les facteurs associés à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel. Les variables incluses dans le modèle étaient : l'âge, l'origine (dichotomisée entre CH/UE à l'exclusion des pays de l'Est et toutes les autres origines), le niveau d'éducation, le statut relationnel, le niveau d'information (auto-estimé) par rapport au VIH, le niveau d'information (auto-estimé) par rapport aux autres IST, la disponibilité à l'anamnèse sexuelle, le test VIH (dans la vie), l'expérience d'une IST au cours des 12 derniers mois, l'existence de partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois, l'existence de partenariats concurrents au cours des 12 derniers mois, l'expérience de la prostitution (dans la vie). La même régression – comprenant dans le modèle la variable 'origine' dichotomisée entre femmes subsahariennes et toutes les autres – a aussi été réalisée.

Une analyse comparative de certains indicateurs a également été réalisée avec les données de l'enquête de 2007 sur les comportements sexuels de la population résidant en Suisse (étude EPSS).

3. RÉSULTATS

3.1 DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

3.1.1 Age des patientes

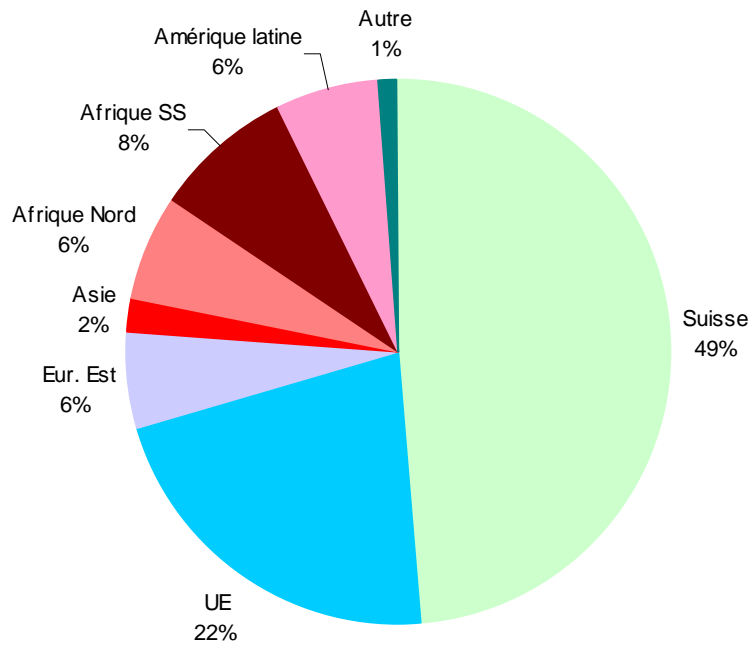
L'âge moyen des patientes était de 33.7 ans avec une médiane à 32 ans, un âge minimum de 16 ans et un maximum de 92 ans. 44.4% des patientes avaient entre 16 et 30 ans, 43.2% entre 31 et 45 ans, 7.3% entre 46 et 55 ans et 5.1% avaient 56 ans et plus.

3.1.2 Origine des patientes

La distribution par origine des patientes de l'étude était analogue à celle des patientes en consultation, ce qui a permis de constater l'absence de biais lors du recrutement des patientes (cf. section 0).

Comme le montre la Figure 1, 51% des patientes recrutées étaient d'origine étrangère. Les ressortissantes subsahariennes représentaient 8% de l'ensemble des femmes.

Figure 1 Distribution des patientes par origine (n=694)



3.1.3 Age des patientes par origine

Le Tableau 1 montre que les femmes migrantes sont en général plus jeunes que les femmes suisses. Les plus jeunes étaient les femmes d'origine asiatique avec une moyenne d'âge de 28.1 ans.

Tableau 1 Moyenne d'âge des patientes par origine

Origine	Age moyen	N
Suisse	35.6	336
UE (sans les pays d'Europe de l'Est)	32.7	150
Pays de l'Europe de l'Est	31.4	37
Asie	28.1	13
Afrique du Nord et Moyen Orient	31.3	43
Afrique subsaharienne	32.0	56
Amérique latine	30.8	43
Autre	33.5	7
Total	33.7	685

Autre : Amérique du Nord, Iles de l'Océan indien, Nouvelle-Zélande.

Parmi le groupe des plus jeunes, on retrouve les femmes asiatiques avec 69.3% de femmes âgées de moins de 30 ans et les femmes d'Europe de l'Est (56.7%). La majorité des femmes originaires d'Amérique latine, d'Afrique du Nord, du Moyen Orient et d'Afrique subsaharienne se situent dans la tranche d'âge de 31 à 45 ans. La proportion de femmes au-delà de 56 ans est plus élevée chez les Suissesses (Tableau 2).

Tableau 2 Répartition des patientes par classe d'âge et par origine

Origine	16-30 ans		31-45 ans		46-55 ans		56 ans et plus		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	131	38.9	148	44.0	31	9.3	26	7.7	336	100
UE (sans les pays d'Europe de l'Est)	74	49.3	58	38.6	13	8.7	5	3.3	150	100
Pays de l'Europe de l'Est	21	56.7	14	37.8	2	5.1	0	0	37	100
Asie	9	69.3	4	30.7	0	0	0	0	13	100
Afrique du Nord et Moyen Orient	20	46.5	21	48.8	1	2.3	1	2.3	43	100
Afrique subsaharienne	25	44.6	27	48.2	2	3.5	2	3.5	56	100
Amérique latine	20	46.5	22	51.6	0	0	1	2.3	43	100
Autre	3	42.8	3	42.8	1	14.2	0	0	7	100
Total	303	44.2	297	43.3	50	7.3	35	5.1	685	100

Autre : Amérique du Nord, Iles de l'Océan indien, Nouvelle-Zélande.

3.1.4 Statut relationnel par origine

75.7% des femmes vivaient avec un époux ou ami, 13.5% vivaient seules (ou chez leurs parents) mais avaient un époux ou ami vivant ailleurs et 10.8% vivaient seules (ou chez leurs parents) sans relation stable. En comparaison, les résultats de l'étude EPSS auprès de la population générale âgée de 17 à 45 ans montrent que 46.9% des femmes vivent avec un époux ou ami, 21.3% vivent seules (ou chez leurs

parents) mais ont un époux ou ami vivant ailleurs, et 22.8% vivent seules (ou chez leurs parents) sans relation stable^c.

Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, les femmes subsahariennes et latino-américaines sont proportionnellement un peu plus nombreuses à vivre seules avec un époux ou un ami vivant ailleurs (Tableau 3).

Tableau 3 Répartition des patientes par statut relationnel et par origine

Origine	Vit avec époux ou ami		Vit seule, époux ou ami vivant ailleurs		Vit seule sans relation stable		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	242	72.6	45	13.5	46	13.8	333	100
UE (sans les pays d'Eur. de l'Est)	120	80.0	19	12.6	11	7.3	150	100
Pays de l'Europe de l'Est	31	81.5	3	7.8	4	10.5	38	100
Asie	10	76.9	0	0	3	23.0	13	100
Afrique du Nord et Moyen Orient	35	79.5	5	11.3	4	9	44	100
Afrique subsaharienne	38	71.7	12	22.7	3	5.6	53	100
Amérique latine	33	75.0	8	18.2	3	6.8	44	100
Autre	7	100	0	0	0	0	7	100
Total	516	75.7	92	13.5	74	10.8	682	100

Autre : Amérique du Nord, îles de l'Océan indien, Nouvelle-Zélande.

p= 0.182

3.1.5 Niveau d'éducation par origine

Un cinquième (20.1%) des femmes n'avaient pas dépassé le niveau de l'école obligatoire (complète ou incomplète), 29.7% le niveau apprentissage, 20.4% le niveau gymnase, baccalauréat ou école professionnelle et 29.7% le niveau université ou haute école.

Les femmes asiatiques sont proportionnellement plus nombreuses à avoir atteint un niveau universitaire alors que les ressortissantes d'Europe de l'Est sont plus nombreuses à n'avoir pas dépassé le niveau de la scolarité obligatoire (Tableau 4).

Tableau 4 Répartition du niveau d'éducation en fonction de l'origine

Origine	Ecole obligatoire		Apprentissage		Gymnase		Université	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suisse	25	7.5	124	37.1	80	23.9	105	31.4
UE (sans les pays d'Europe de l'Est)	37	24.7	32	21.3	32	21.3	49	32.6
Pays de l'Europe de l'Est	19	51.3	8	21.6	5	13.5	5	13.5
Asie	2	16.6	4	33.3	0	0	6	50.0
Afrique du Nord et Moyen Orient	16	36.3	11	25.0	6	13.7	11	25.0
Afrique subsaharienne	21	40.4	12	23.0	9	17.3	10	19.2
Amérique latine	17	38.7	10	22.7	7	15.9	10	22.7

^c Si l'on considère exactement les mêmes catégories d'âge, la tranche d'âge de 17-45 ans de notre étude comprend 76.8% de femmes vivant avec un époux ou ami, 13.0% de femmes vivant seules (ou chez leurs parents) mais ayant un époux ou ami vivant ailleurs et 10.2% de femmes vivant seules sans relation stable.

Origine	Ecole obligatoire		Apprentissage		Gymnase		Université	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Autre	0	0	1	14.3	0	0	6	85.7
Total	137	20.1	202	29.7	139	20.4	202	29.7

Autre : Amérique du Nord, Iles de l'Océan indien, Nouvelle-Zélande.

$p < 0.01$

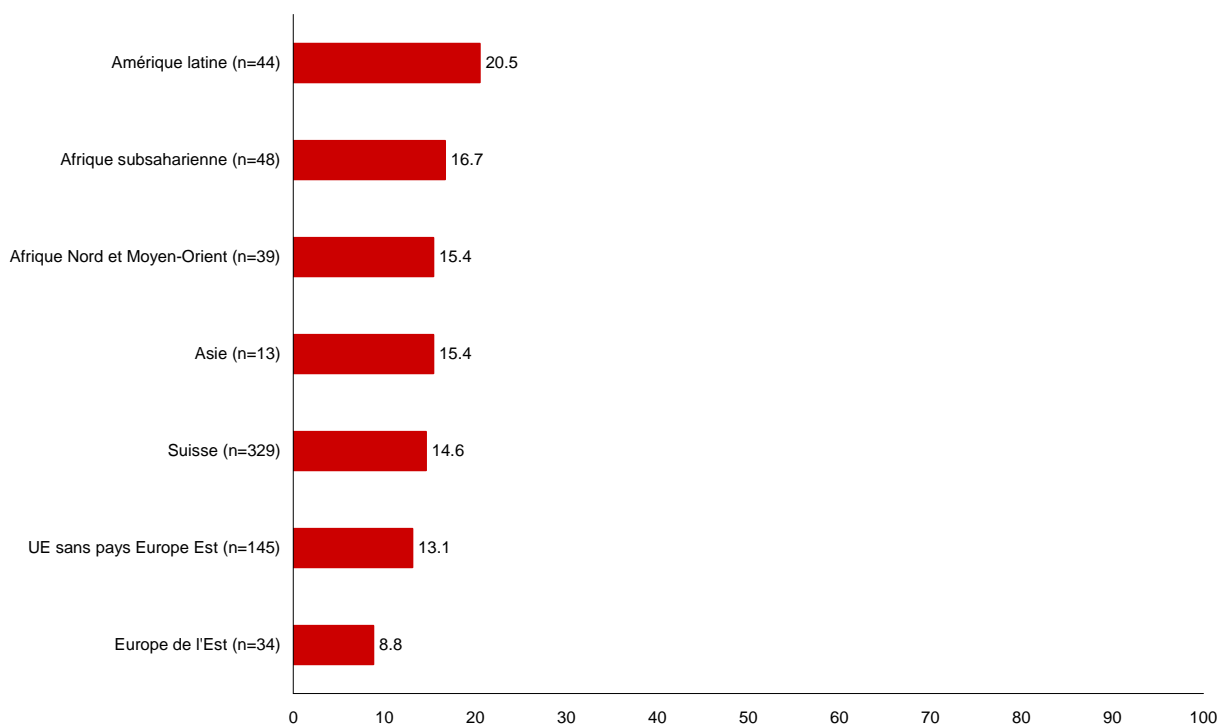
3.2 COMPORTEMENTS SEXUELS

3.2.1 Nombre de partenaires sexuels

Le nombre moyen de partenaires sexuels au cours des 12 derniers mois est de 1.23 avec une médiane à 1. 14.3% des patientes ont eu deux partenaires sexuels ou plus. Toutefois, cette proportion est de 15.2% si l'on ne prend en compte que les classes d'âge 17 à 45 ans correspondant à celles de l'enquête EPSS auprès de la population générale résidant en Suisse où cette proportion atteint 11.0%.

Aucune différence n'est observée au niveau de l'origine (Figure 2).

Figure 2 Proportion de femmes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des douze derniers mois selon l'origine (n=652)



$p = 0.860$

Les femmes les plus jeunes (16-30 ans) ainsi que celles de 46-55 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des 12 derniers mois. Par contre, un faible pourcentage (8.8%) de femmes âgées de 31-45 ans se trouve dans cette situation (Tableau 5).

Tableau 5 Proportion de femmes ayant eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des douze derniers mois selon l'âge

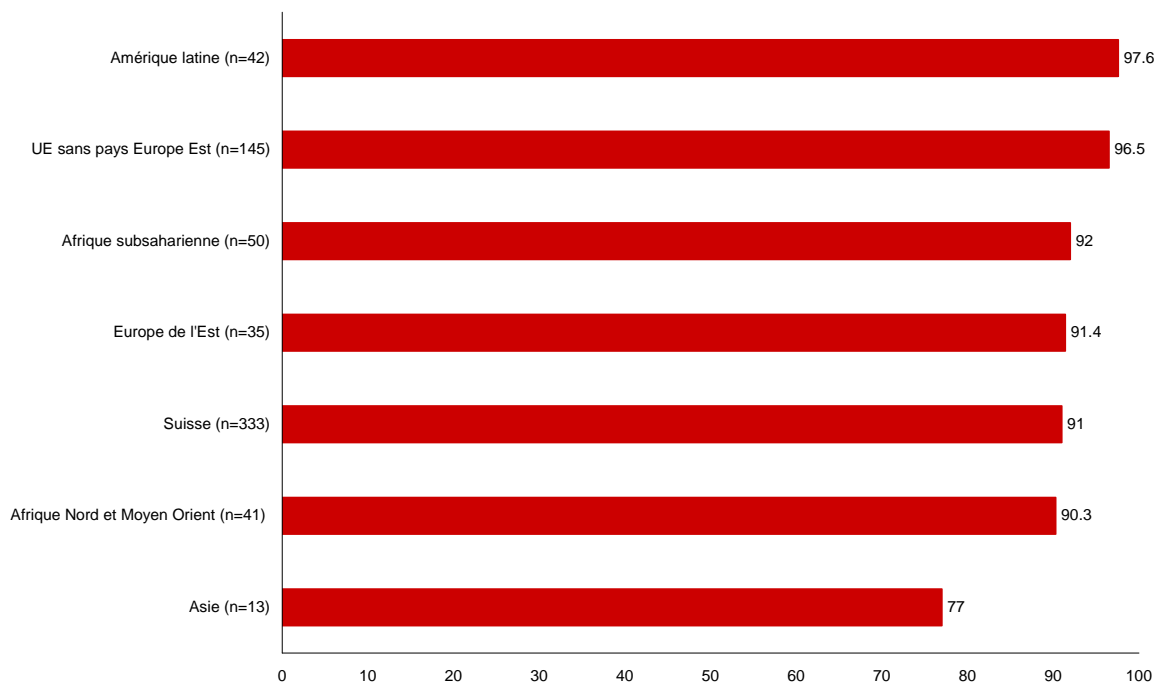
	%
16-30 ans (n=293)	21.1
31-45 ans (n=283)	8.8
46-55 ans (n=46)	15.2
56 ans et plus (n=33)	3.0
Total (n=655)	14.5

p < 0.01

3.2.2 Partenaire sexuel stable

92.4% des femmes ont – ou ont eu – un partenaire sexuel stable (époux ou ami) au cours des douze derniers mois. Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, les femmes asiatiques sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer avoir eu un tel partenaire au cours des douze derniers mois (Figure 3).

Figure 3 Proportion de femmes ayant ou ayant eu un partenaire sexuel stable au cours des douze derniers mois selon l'origine (n=659)

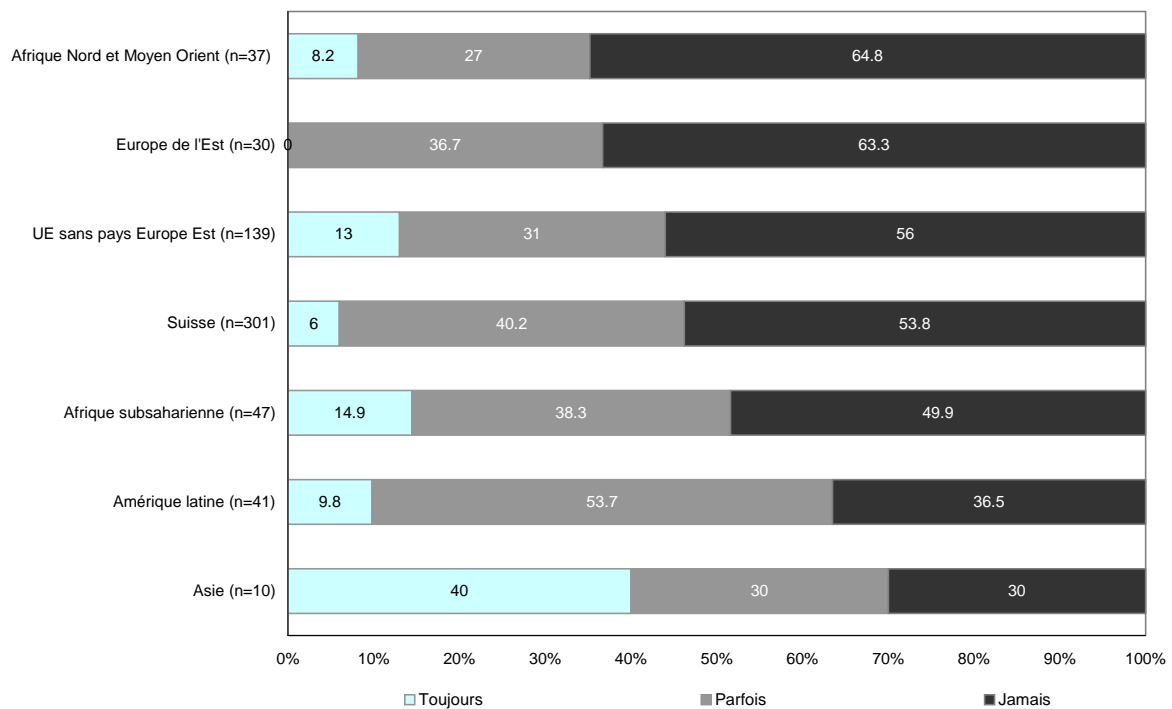


p = 0.09

3.2.3 Protection avec le partenaire sexuel stable

Parmi les femmes ayant ou ayant eu un partenaire sexuel stable au cours des douze mois précédant l'étude, 53.3% n'ont jamais utilisé le préservatif avec ce partenaire. Les femmes originaires de l'Europe de l'Est de même que celles d'Afrique du Nord et du Moyen Orient sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer ne s'être jamais protégées avec leur partenaire sexuel stable. Malgré le fait qu'elles soient originaires d'une zone à haute prévalence, la moitié des patientes subsahariennes déclarent ne s'être jamais protégées avec leur partenaire sexuel stable. (Figure 4).

Figure 4 Utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel stable selon l'origine (n=605)



p < 0.01

L'utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel stable varie aussi en fonction de l'âge. Les femmes les plus âgées sont proportionnellement plus nombreuses à n'avoir jamais utilisé de préservatif avec ce type de partenaire. Toutefois, la moitié des femmes âgées de 16 à 30 ans n'en ont jamais utilisé bien qu'elles aient commencé leur sexualité dans un contexte d'épidémie du VIH/sida (Tableau 6).

Tableau 6 Utilisation du préservatif avec le partenaire sexuel stable selon l'âge (%)

	Toujours	Parfois	Jamais
16-30 ans (n=274)	10.2	40.8	49.0
31-45 ans (n=271)	7.3	37.7	55.0
46-55 ans (n=42)	14.3	31.0	54.7
56 ans et plus (n=20)	0	15.0	85.0
Total (n=607)	8.9	37.8	53.3

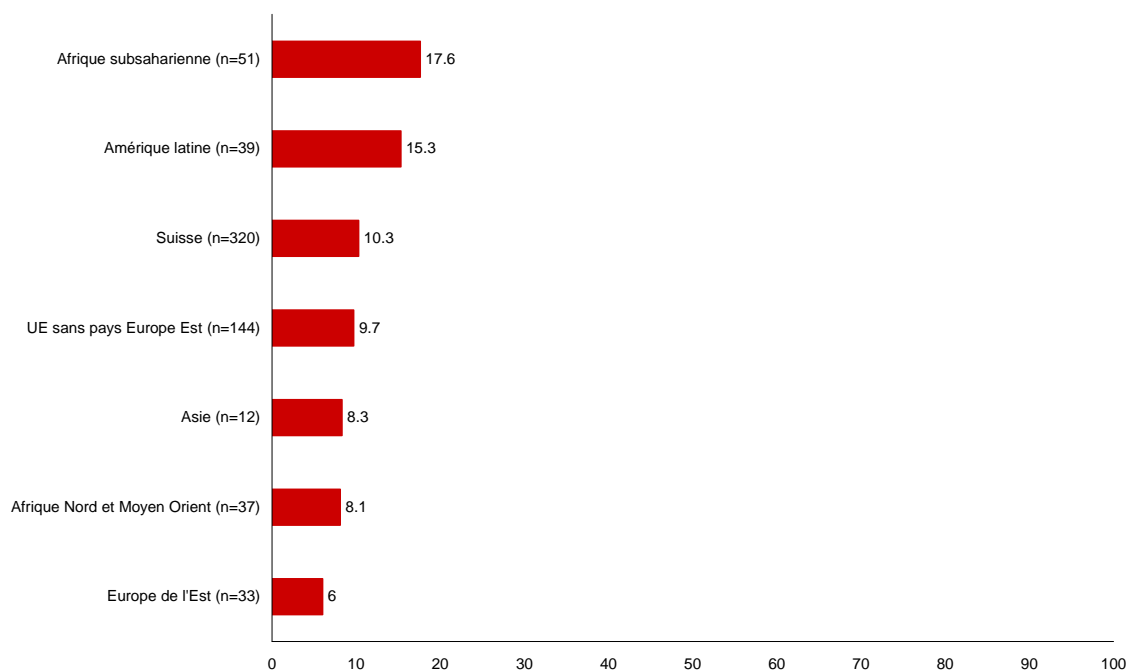
p = 0.03

3.2.4 Partenaires sexuels occasionnels au cours des douze derniers mois

Au cours des douze derniers mois, 10,4% des femmes ont eu un ou plusieurs partenaires sexuels occasionnels. Cette proportion est de 11,1% si l'on ne prend en compte que les classes d'âge correspondant à celles de l'étude EPSS auprès de la population générale à l'occasion de laquelle ce taux atteint 7,5%.

Comme le montre la Figure 5, bien qu'on ne constate pas de différence statistiquement significative, les femmes subsahariennes et latino-américaines sont un peu plus nombreuses à avoir eu un ou plusieurs partenaires sexuels occasionnels. Cette question a été la moins bien acceptée en terme de taux de réponse par les répondantes.

Figure 5 Proportion des femmes ayant eu un ou plusieurs partenaires sexuels occasionnels au cours des douze derniers mois selon l'origine (n=636)



p=0.577

Le fait d'avoir eu des partenaires sexuels occasionnels au cours des 12 derniers mois est associé à l'âge des patientes : 14,5% chez les 16-30 ans, 7,2% chez les 31-45 ans, 11,6% chez les 46-55 ans et 3,3% chez les 56 ans et plus. Il est en outre associé au statut relationnel des patientes : 3,6% des femmes vivant avec leur époux ou ami ont eu un ou plusieurs partenaires sexuels occasionnels au cours des douze derniers mois contre 28,5% des femmes vivant seules mais ayant un époux ou ami vivant ailleurs et 36,3% des femmes vivant seules sans relation stable ($p < 0.01$).

3.2.5 Protection avec les partenaires sexuels occasionnels

L'exposition au risque VIH et autres IST lors des rapports sexuels avec des partenaires sexuels occasionnels est présente dans une proportion importante des patientes : 64,1% n'ont pas systématiquement utilisé le préservatif avec ces partenaires occasionnels au cours des douze derniers mois. Cette proportion est nettement plus élevée que celle observée chez les femmes dans l'enquête EPSS auprès de la population générale qui est de 35,2%.

On n'observe aucune différence statistiquement significative par rapport à l'origine des femmes au niveau de la protection avec les partenaires sexuels occasionnels. Aucune différence n'est observée non plus en fonction de l'âge.

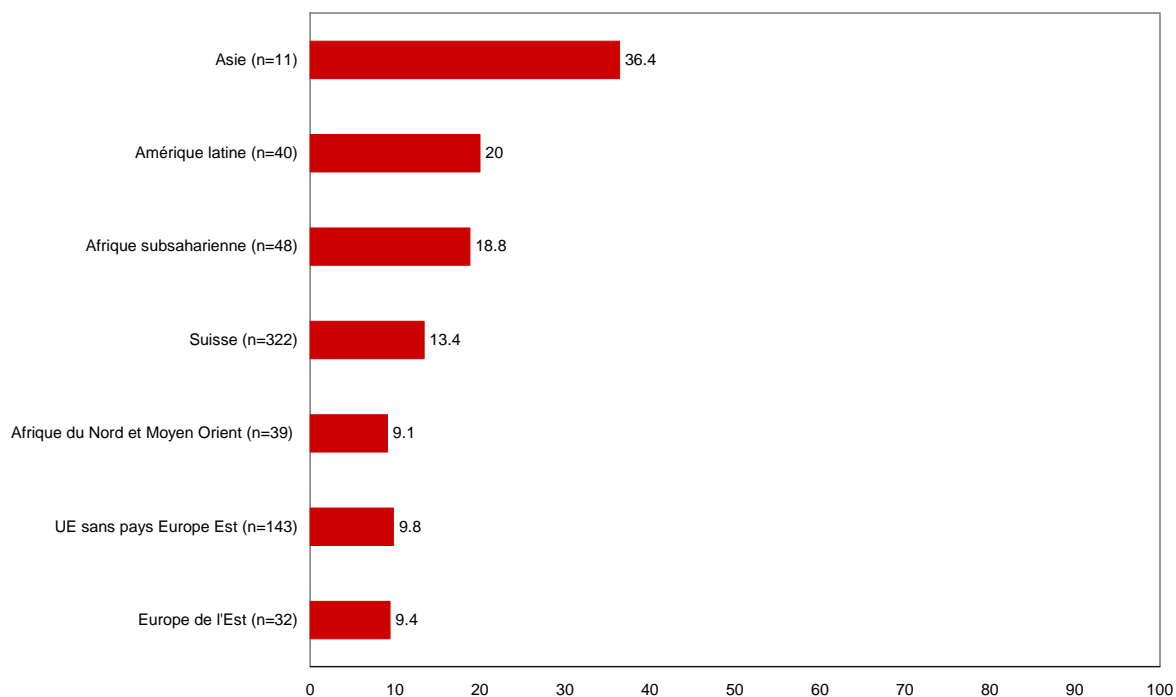
Le manque de systématique en matière de protection avec les partenaires sexuels occasionnels concerne une proportion plus importante des femmes vivant avec un époux ou ami : 88.2% d'entre elles déclarent ne pas avoir systématiquement utilisé le préservatif contre 40.9% de celles vivant seules mais ayant un époux ou ami vivant ailleurs. Enfin, 66.6% des femmes vivant seules sans relation stable se trouvent dans cette situation ($p < 0.01$).

3.2.6 Utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel

Au total, 13.3% des femmes sexuellement actives déclarent avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport sexuel. Ce taux est de 12.8% si l'on ne considère que les patientes de la même catégorie d'âge que les femmes de l'étude auprès de la population générale. C'est deux fois moins que la proportion de femmes (27.2%) ayant répondu par l'affirmative dans la population générale (étude EPSS).

Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, les femmes asiatiques, latino américaines et subsahariennes sont proportionnellement un peu plus nombreuses à avoir utilisé le préservatif lors de leur dernier rapport (Figure 6).

Figure 6 Proportion de femmes ayant utilisé le préservatif lors du dernier rapport sexuel selon l'origine (n=635)



$p = 0.113$

La protection par le préservatif lors du dernier rapport sexuel en fonction du statut relationnel montre que 40.6% des femmes vivant seules sans relation stable déclarent l'avoir utilisé contre 22.7% des femmes vivant seules mais ayant un époux ou ami vivant ailleurs et 7.8% des femmes vivant avec un époux ou ami ($p < 0.01$).

Les femmes ayant une formation universitaire sont plus nombreuses à avoir utilisé un préservatif au cours de leur dernier rapport (18.5%) que celles n'ayant bénéficié que d'une scolarité obligatoire, ayant suivi un apprentissage ou ayant atteint un niveau gymnasial (respectivement 7.8%, 14.3%, 8.6% ; $p=0.018$).

Aucune différence n'est observée en fonction de l'âge.

3.2.7 Partenariats sexuels concurrents

La proportion de femmes ayant entretenu des relations sexuelles dans le cadre de partenariats sexuels concurrents au cours des douze derniers mois est de 5.8%.

En observant par origine, on ne constate aucune différence statistiquement significative. On retrouve davantage ce type de partenariats sexuels chez les femmes plus jeunes (16 à 30 ans) : 9.2% des cas alors que cette proportion est de 2.8% chez les femmes de 31 à 45 ans et de 4.2% dans la tranche d'âge de 46 à 55 ans. Les femmes de 56 ans et plus n'ont pas eu de partenariats sexuels concurrents au cours des douze derniers mois ($p < 0.01$).

Les femmes vivant seules sans relation stable ainsi que celles vivant seules mais ayant un époux ou ami qui vit ailleurs sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu des partenariats sexuels concurrents (respectivement 18.0% et 12.0%) que les femmes vivant avec un époux ou ami (2%) [$p < 0.01$].

3.2.8 Rapports sexuels sous contrainte

1.5% des patientes déclarent avoir subi des rapports sexuels sous contrainte au cours des douze derniers mois. Ces rapports sont plus fréquemment rapportés par les femmes migrantes : 8.3% des patientes originaires d'Europe de l'Est ainsi que d'Asie, 3.8% d'Afrique subsaharienne, 2.4% d'Afrique du Nord et du Moyen Orient, 1.4% d'UE. Cette proportion est de 0.3% chez les patientes suisses. Enfin, aucune femme latino-américaine n'a été forcée à subir des rapports sexuels au cours des douze derniers mois ($p < 0.01$).

On n'observe aucune différence statistiquement significative par rapport à l'âge ou par rapport au statut relationnel des patientes.

3.2.9 Expérience de prostitution

3.9% des patientes déclarent avoir déjà accepté un cadeau ou de l'argent contre un rapport sexuel au cours de leur vie. Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu cette expérience (Tableau 7).

Tableau 7 Proportion de femmes ayant une expérience de prostitution, selon l'origine (n=666)

	%
Afrique subsaharienne (n=51)	17.7
Amérique latine (n=44)	13.7
Asie (n=12)	8.4
Afrique du Nord et Moyen Orient (n=41)	4.9
Suisse (n=334)	1.8
UE (n=148)	1.3
Europe de l'Est (n=36)	0

$p < 0.01$

Les femmes vivant seules sans relation stable ainsi que celles vivant seules mais ayant un époux ou ami vivant ailleurs sont proportionnellement plus nombreuses à avoir une expérience de prostitution (respectivement 8.3% et 6.5%) que celles vivant avec un époux ou ami (2.8%) [p= 0.02].

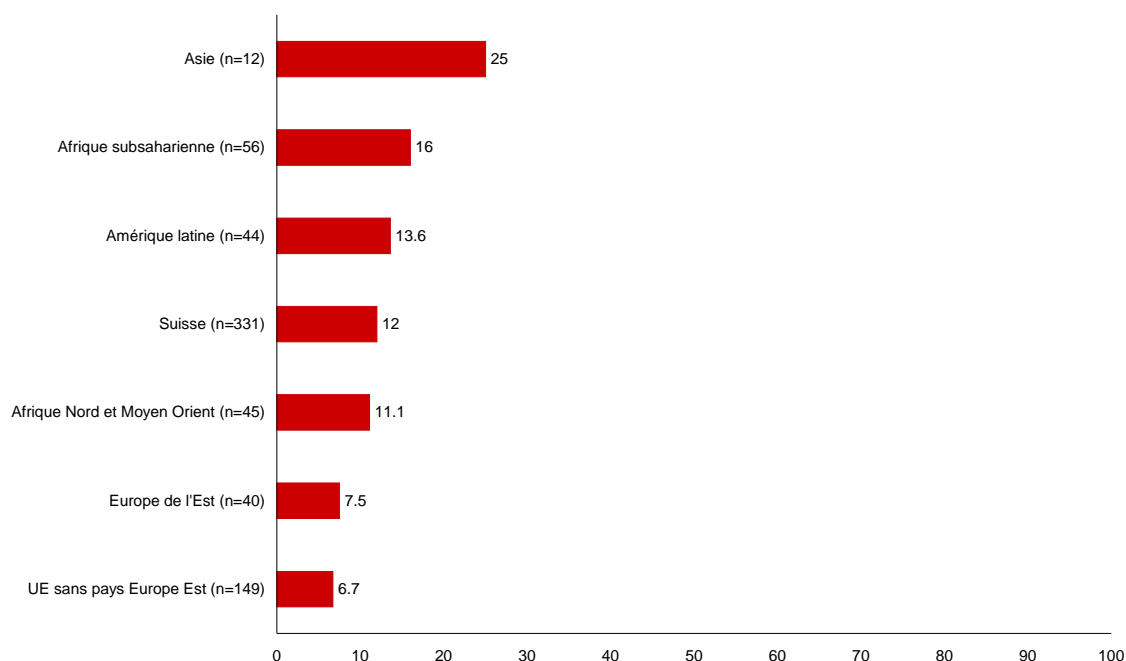
Aucune différence n'est observée par rapport à l'âge.

3.2.10 Expérience d'infections sexuellement transmises

Au cours des douze derniers mois, 11.1% des femmes de l'étude ont rapporté avoir contracté une IST. C'est trois fois plus que la proportion de femmes retrouvée dans l'enquête EPSS auprès de la population générale qui est de 3.4%^d.

Comme le montre la Figure 7, cette proportion est plus élevée, mais de manière non significative, chez les femmes asiatiques.

Figure 7 Proportion de femmes ayant contracté une IST au cours des douze derniers mois selon l'origine (n=677)



p= 0.260

Les femmes les plus jeunes (16-30 ans) ainsi que celles âgées de 46 à 55 ans sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu une IST au cours des 12 derniers mois (Tableau 8).

^d Si l'on considère exactement la même catégorie d'âge que l'étude EPSS auprès de la population générale, on constate que le collectif de notre étude comprend 11.3% de femmes âgées de 17 à 45 ans qui déclarent avoir eu une IST au cours des douze derniers mois.

Tableau 8 Proportion de femmes ayant contracté une IST au cours des douze derniers mois par classe d'âge

	%
16-30 ans (n=300)	16.7
31-45 ans (n=294)	6.1
46-55 ans (n=49)	16.3
56 ans et plus (n=33)	0

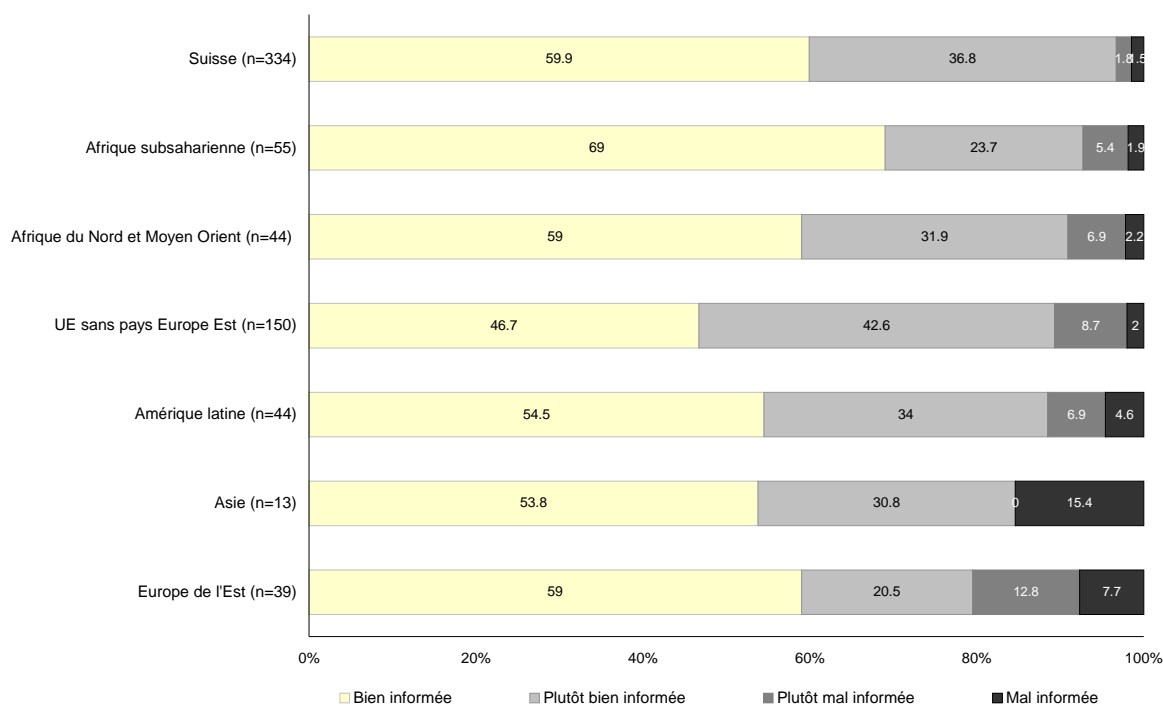
p<0.01

3.3 BESOINS EN CONSEILS CONCERNANT LE VIH/SIDA ET LES AUTRES IST

3.3.1 Niveau d'information auto-estimé par rapport au VIH/sida

Une majorité de femmes s'estiment bien informées (56.8%) ou plutôt bien informées (35.8%) par rapport au VIH/sida. Seulement 7.5% se sentent plutôt mal ou mal informées (respectivement 4.9% et 2.6%). Les femmes originaires d'Europe de l'Est et d'Asie sont plus nombreuses à être dans cette situation (Figure 8).

Figure 8 Niveau d'information auto-estimé par rapport au VIH/sida en fonction de l'origine (n=679)



p= 0.018

Il existe un gradient au niveau de l'éducation : au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente, la proportion de femmes s'estimant mal ou plutôt mal informées diminue (Tableau 9). Aucune différence n'est observée en fonction de l'âge.

Tableau 9 Proportion de patientes s'estimant plutôt mal ou mal informées par rapport au VIH/sida selon le niveau d'éducation (n=675)

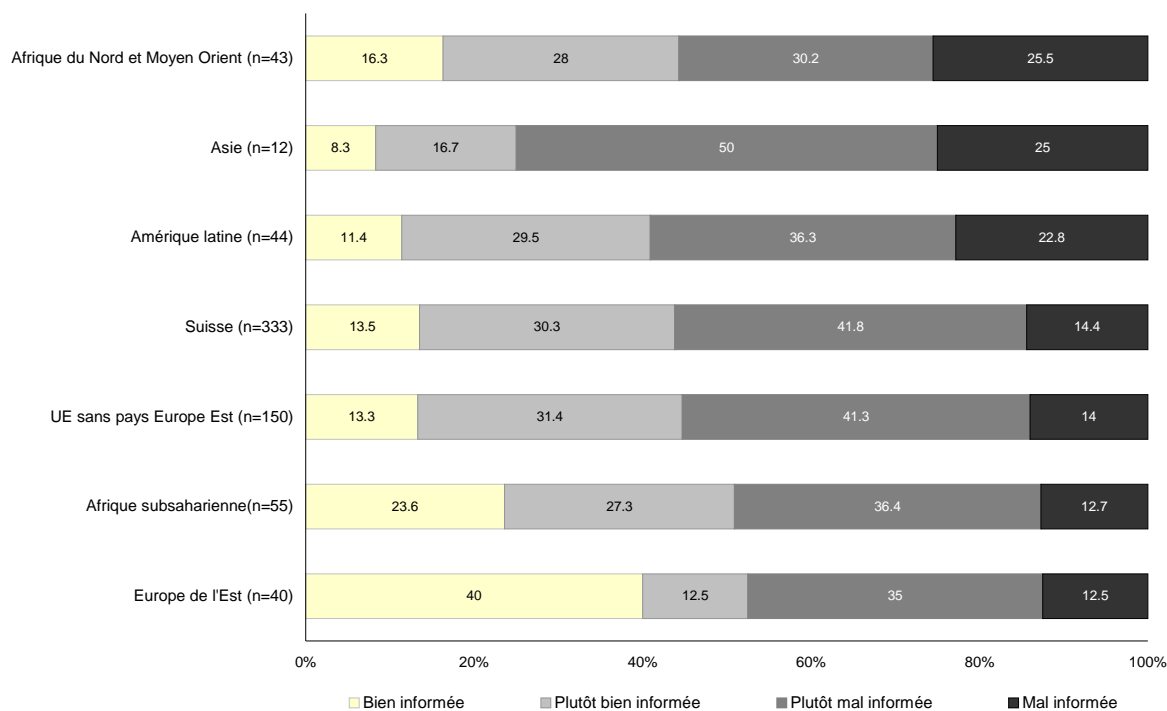
	%
École obligatoire (n=133)	17.3
apprentissage (n=201)	10.0
gymnase, école professionnelle (n=139)	2.9
université, haute école (n=202)	1.5

p < 0.01

3.3.2 Niveau d'information auto-estimé par rapport aux autres IST

Moins de la moitié des patientes s'estiment bien informées ou plutôt bien informées (respectivement 15.9% et 28.9%) par rapport aux autres IST (herpès, chlamydia, gonorrhée, condylomes, etc.). 39.6% se sentent plutôt mal informées et 19.6% mal informées. Aucune différence significative n'est observée au niveau de l'origine (Figure 9).

Figure 9 Niveau d'information auto-estimé par rapport aux autres IST selon l'origine (n=677)



p=0.665

Bien que la différence ne soit pas statistiquement significative, les femmes jeunes (16-30 ans) sont proportionnellement un peu plus nombreuses à s'estimer moins bien informées (Tableau 10).

Tableau 10 Proportion de patientes s'estimant plutôt mal ou mal informées par rapport aux autres IST selon le niveau d'éducation (n=678)

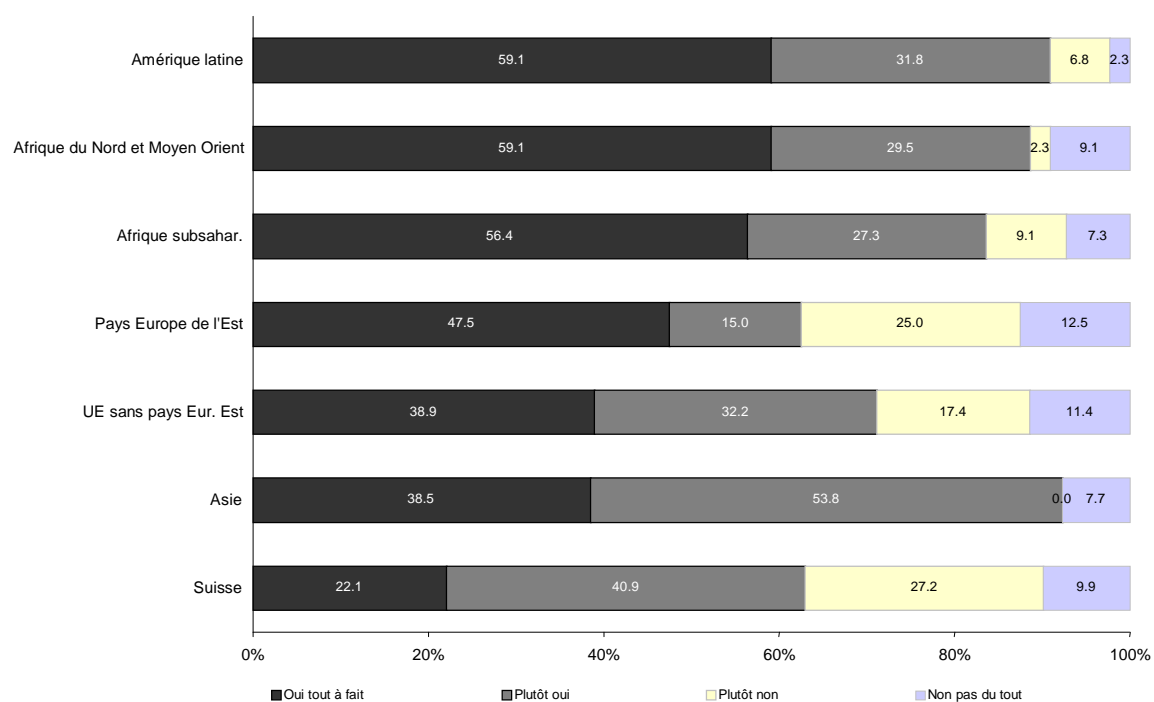
	%
16-30 ans (n=301)	60.4
31-45 ans (n=294)	52.7
46-55 ans (n=50)	54.0
56 ans et plus (n=33)	39.4

p= 0.059

3.3.3 Attentes par rapport à l'anamnèse sexuelle

Plus de deux tiers des femmes (70.1%) aimeraient que leur gynécologue leur pose des questions sur leur vie sexuelle (oui, tout à fait=35.5% et plutôt oui=34.6%) afin de pouvoir être conseillées de manière adaptée. Cette disposition varie selon l'origine des femmes, les Suissesses étant proportionnellement moins nombreuses à souhaiter aborder ces questions alors que les femmes latino-américaines, subsahariennes et originaires d'Afrique du Nord et du Moyen Orient sont les plus nombreuses à le désirer (Figure 10).

Figure 10 Proportion de patientes qui souhaitent une anamnèse sexuelle selon l'origine (n=690)



p<0.01

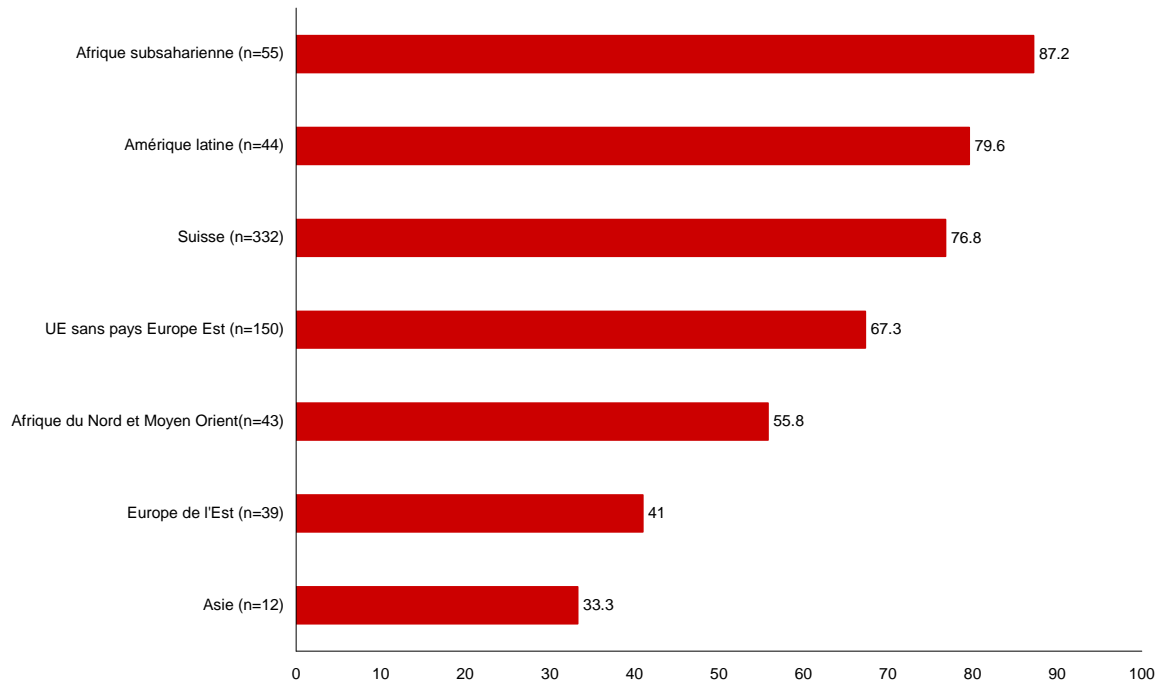
On n'observe aucune différence statistiquement significative par rapport au niveau d'éducation ou par rapport à l'âge.

3.3.4 Test de dépistage du VIH

Au total, 71.8% des femmes ont déjà bénéficié d'un test de dépistage du VIH/sida. Cette proportion est de 54.0% parmi les femmes de l'enquête EPSS auprès de la population générale^e.

Les femmes subsahariennes sont proportionnellement les plus nombreuses à avoir déjà été dépistées au cours de leur vie, contrairement aux femmes originaires d'Europe de l'Est et d'Asie ($p < 0.01$) [Figure 11].

Figure 11 Proportion de femmes ayant déjà fait un test VIH selon l'origine (n=675)



$p < 0.01$

Les femmes de 31-45 ans sont celles qui ont le plus bénéficié d'un test de dépistage du VIH (Tableau 11). Les femmes ayant atteint un niveau universitaire sont plus nombreuses à être dans cette situation que celles n'ayant qu'un niveau de scolarité obligatoire (Tableau 12).

^e Si l'on considère exactement la même catégorie d'âge que l'étude EPSS auprès de la population générale, on constate que le collectif de notre étude comprend 75.9% de femmes âgées de 17 à 45 ans qui déclarent avoir déjà eu un test de dépistage VIH/sida.

Tableau 11 Proportion de femmes ayant déjà eu un test de dépistage du VIH selon l'âge (n=676)

	%
16-30 ans (n=302)	69.9
31-45 ans (n=292)	82.9
46-55 ans (n=49)	42.9
56 ans et plus (n=33)	33.3

p < 0.01

Tableau 12 Proportion de femmes ayant déjà eu un test de dépistage du VIH selon le niveau d'éducation (n=671)

	%
école obligatoire (n=132)	59.8
apprentissage (n=200)	72.0
gymnase, école professionnelle (n=137)	69.3
université, haute école (n=202)	80.7

p < 0.01

3.4 FACTEURS ASSOCIES A L'UTILISATION DU PRESERVATIF LORS DU DERNIER RAPPORT SEXUEL

Une analyse multivariée a été réalisée pour dégager les facteurs associés à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel. Deux facteurs y sont associés : la situation relationnelle (celles qui vivent seules tout en ayant un partenaire stable vivant ailleurs ont une chance statistique quatre fois supérieure d'avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport que celles vivant en couple; elle est sept fois supérieure chez celles vivant seules sans partenaire stable) et le niveau d'éducation (les femmes n'ayant pas dépassé le niveau de scolarité obligatoire ont trois fois moins de chance d'avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport que celles ayant un niveau d'éducation supérieur).

Par contre, l'origine, le fait d'avoir eu des partenaires occasionnels et/ou concurrents au cours des 12 derniers mois ou de s'être déjà prostituée ne sont pas des facteurs associés à l'utilisation du préservatif lors du dernier rapport (Tableau 13).

L'analyse multivariée comprenant dans son modèle la variable origine – dichotomisée entre femmes subsahariennes comparées à toutes les autres – donne les mêmes résultats.

Tableau 13 Facteurs associés au fait d'avoir utilisé le préservatif lors du dernier rapport

	n	Sig	OR ajusté	IC 95%
Age				
• années (en continu)		0.70	0.99	0.97 - 1.02
Situation relationnelle				
		0.00		
• vit avec époux ou ami	459		1.00	
• vit seule mais a un partenaire qui vit ailleurs	76	0.00	3.69	1.84 - 7.40
• vit seule	56	0.00	7.05	3.34 - 14.88
Niveau d'éducation				
• autre	490		1.00	

	n	Sig	OR ajusté	IC 95%
• scolarité obligatoire	101	0.03	0.33	0.13 - 0.88
Origine				
• Suisse ou UE à l'exclusion des pays de l'Est	444		1.00	
• Autre origine	147	0.12	1.69	0.87 - 3.27
Partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois				
• Non	530		1.00	
• Oui	61	0.08	2.19	0.91 - 5.28
Partenariats concurrents				
• Non	558		1.00	
• Oui	33	0.92	0.95	0.31 - 2.89
Prostitution dans la vie				
• Non	569		1.00	
• Oui	22	0.74	1.22	0.37 - 4.05
IST au cours des 12 derniers mois				
• Non	526		1.00	
• Oui	65	0.62	0.80	0.34 - 1.89
A déjà eu un test VIH dans la vie				
• Non	155		1.00	
• Oui	436	0.89	0.96	0.52 - 1.78
Information par rapport au VIH				
• s'estime bien ou plutôt bien informée	549		1.00	
• s'estime mal ou plutôt mal informée	42	0.43	0.62	0.19 - 2.05
Information par rapport aux autres IST				
• s'estime bien ou plutôt bien informée	258		1.00	
• s'estime mal ou plutôt mal informée	333	0.52	1.21	0.69 - 2.13
Souhaiterait que gynéc. pose des questions sur vie sex.				
• non	180		1.00	
• oui	411	0.48	0.81	0.44 - 1.47

3.5 FACTEURS ASSOCIÉS À LA CONDITION DE FEMME MIGRANTE DANS LA CONSULTATION DE LA POLICLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Une analyse multivariée a été réalisée pour dégager ce qui caractérise le statut de femme migrante dans la consultation d'une polyclinique gynécologique. Nous avons considéré ici comme 'femme migrante' les patientes originaires d'un pays autre que la Suisse/Union européenne à l'exclusion des pays de l'Est.

Plusieurs facteurs sont associés à cette condition. D'une part, on retrouve l'âge (les femmes migrantes sont plus jeunes) et le niveau d'éducation (les femmes migrantes ont une chance statistique quatre fois supérieure de n'avoir atteint que le niveau de scolarité obligatoire). En matière de comportements sexuels, les femmes migrantes ont une chance statistique environ huit fois supérieure aux autres d'avoir eu – ou d'avoir – une expérience de prostitution. Enfin, leur chance statistique de souhaiter une anamnèse sexuelle est quatre fois supérieure aux autres mais elles ont deux fois plus de chance que les autres de ne jamais avoir été testées pour le VIH (Tableau 14).

Tableau 14 Facteurs associés à la condition de femme migrante consultant la polyclinique gynécologique

	n	Sig.	OR ajusté	IC 95%
Age				
• années (en continu)		0.00	0.97	0.94 - 0.99
Situation relationnelle				
		0.20		
• vit avec époux ou ami	461		1.00	
• vit seule mais a un partenaire qui vit ailleurs	78	0.50	0.80	0.43 - 1.52
• vit seule	61	0.08	0.49	0.23 - 1.08
Niveau d'éducation				
• autre	495		1.00	
• scolarité obligatoire	105	0.00	4.10	2.55 - 6.61
Partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois				
• non	539		1.00	
• oui	61	0.42	0.66	0.24 - 1.82
Partenariats concurrents				
• non	567		1.00	
• oui	33	0.71	1.26	0.38 - 4.21
Prostitution dans la vie				
• non	577		1.00	
• oui	23	0.00	8.45	3.17 - 22.52
IST au cours des 12 derniers mois				
• non	534		1.00	
• oui	66	0.95	1.02	0.54 - 1.95
A déjà eu un test VIH dans la vie				
• non	160		1.00	
• oui	440	0.02	0.59	0.38 - 0.93
Information par rapport au VIH				
• s'estime bien ou plutôt bien informée	557		1.00	
• s'estime mal ou plutôt mal informée	43	0.46	1.33	0.62 - 2.81
Information par rapport aux autres IST				
• s'estime bien ou plutôt bien informée	262		1.00	
• s'estime mal ou plutôt mal informée	338	0.49	0.86	0.57 - 1.31
Souhaiterait que le gynécologue pose des questions sur la vie sexuelle				
• non	181		1.00	
• oui	419	0.00	2.59	1.58 - 4.24

Une analyse multivariée analogue, comparant cette fois-ci les femmes subsahariennes à toutes les autres, montre que l'âge ainsi que la disposition à l'anamnèse sexuelle ne sont pas associés à cette origine. Un niveau d'éducation n'ayant pas dépassé la scolarité obligatoire ainsi qu'une expérience de la prostitution restent des facteurs importants. Le test VIH est, cette fois-ci, un facteur qui multiplie par quatre environ la chance statistique de l'avoir déjà eu si on est une femme subsaharienne (Tableau 15).

Tableau 15 Facteurs associés à la condition de femme d'origine subsaharienne consultant la polyclinique gynécologique

	n	Sig.	OR ajusté	IC 95%
Age				
• années (en continu)		0.56	1.01	0.97 - 1.05
Situation relationnelle				
• vit avec époux ou ami	461		1.00	
• vit seule mais a un partenaire qui vit ailleurs	78	0.88	1.08	0.39 - 3.00
• vit seule	61	0.15	0.30	0.06 - 1.55
Niveau d'éducation				
• autre	495		1.00	
• scolarité obligatoire	105	0.00	3.78	1.81 - 7.92
Partenaires occasionnels au cours des 12 derniers mois				
• non	539		1.00	
• oui	61	0.69	1.37	0.30 - 6.25
Partenariats concurrents				
• non	567		1.00	
• oui	33	0.52	0.51	0.07 - 3.93
Prostitution dans la vie				
• non	577		1.00	
• oui	23	0.00	6.22	2.14 - 18.10
IST au cours des 12 derniers mois				
• non	534		1.00	
• oui	66	0.58	1.33	0.49 - 3.62
A déjà eu un test VIH dans la vie				
• non	160		1.00	
• oui	440	0.02	3.69	1.21 - 11.21
Information par rapport au VIH				
• s'estime bien ou plutôt bien informée	557		1.00	
• s'estime mal ou plutôt mal informée	43	0.79	0.83	0.22 - 3.22
Information par rapport aux autres IST				
• s'estime bien ou plutôt bien informée	262		1.00	
• s'estime mal ou plutôt mal informée	338	0.58	0.82	0.41 - 1.65
Souhaiterait que gynéc. pose questions sur vie sexuelle				
• non	181		1.00	
• oui	419	0.10	2.07	0.86 - 4.94

3.6 FAISABILITE DE L'ETUDE

L'étude avait notamment pour objectif de déterminer si le cadre choisi (une polyclinique gynécologique intégrée dans un centre hospitalier universitaire) constituait un environnement pertinent pour documenter les comportements sexuels de femmes provenant de diverses origines et, plus particulièrement, d'Afrique subsaharienne. Le profil des patientes fréquentant la structure, leur disposition à remplir un questionnaire et la possibilité d'intégrer une étude de type « sentinelle » dans

L'organisation quotidienne de la prise en charge des patientes constituait des éléments clés de l'appréciation.

Les constats posés au terme de l'étude pilote montrent que la polyclinique gynécologique d'un centre hospitalier universitaire accueille des patientes de toute origine. S'agissant de la polyclinique du CHUV, on peut en outre constater que l'effectif des patientes originaires d'Afrique subsaharienne y est suffisant pour permettre de réaliser des études de bonne qualité. Cette remarque doit cependant être mise en perspective avec la distribution de la population d'origine subsaharienne sur le territoire suisse. Cette population étant très majoritairement concentrée dans le bassin lémanique, la probabilité d'atteindre un effectif suffisant de personnes est sensiblement plus élevée à Lausanne ou à Genève que dans les autres polycliniques gynécologiques universitaires.

Ciblant les patientes disposant d'un niveau de littératie suffisant pour remplir un questionnaire auto-administré, l'étude a obtenu un taux de réponse de 60.8%, les refus de répondre à certaines questions étant par ailleurs rares. Compte tenu du fait qu'il s'agit d'une estimation plutôt conservatrice (cf. section 2.5 Taux de réponse), ce taux peut être considéré comme satisfaisant. Il témoigne de la bonne acceptabilité des questions posées. On relèvera en outre que la provenance géographique des répondantes est analogue à la distribution des patientes fréquentant la polyclinique. Rétrospectivement, on pourra regretter l'absence dans le questionnaire d'un item concernant la grossesse comme motif de consultation, cet état étant susceptible d'avoir un impact sur les comportements sexuels.

Les principaux problèmes – pas insurmontables toutefois – sont apparus au niveau de l'intégration de l'étude dans l'activité quotidienne de l'unité :

- le département ayant servi de cadre à l'étude comprend plusieurs lieux d'accueil des patientes ; il a fallu tenir compte de cette réalité qui n'avait pas été perçue au début de l'étude et démultiplier le dispositif de distribution ;
- le département connaît une rotation relativement élevée du personnel affecté à l'accueil des patientes (renouvellement du personnel mais aussi succession des collaboratrices tout au long des heures d'ouverture) ; un effort de formation et de suivi plus important qu'imaginé au départ a dû être consenti ;
- l'effectif des collaboratrices affectées à l'accueil des patientes peut se révéler juste suffisant à certains moments de la journée et entraîner une déperdition au niveau de la distribution des questionnaires ;
- le département sert simultanément de cadre à plusieurs études, situation qui impose une coordination entre chercheurs.

D'une manière générale et sous réserve de quelques difficultés de détail qui n'ont pas remis en cause de manière substantielle le déroulement de l'étude pilote, on peut conclure qu'organiser une étude sentinelle dans le cadre de la polyclinique d'un hôpital universitaire constitue à la fois une solution réalisable et adéquate.

4. CONCLUSIONS

L'étude s'inscrit dans le cadre du dispositif de surveillance de deuxième génération mis en place par les autorités sanitaires suisses en vue de documenter dans la durée les comportements à risque de transmission du VIH, de préparer des interventions et d'en évaluer l'impact. Elle s'intéresse à la population des femmes migrantes et plus particulièrement à celles originaires de pays d'Afrique subsaharienne. Ces dernières constituent en effet un groupe particulièrement exposé dont les comportements sexuels en rapport avec un risque accru de transmission du VIH sont mal connus en raison de l'effectif relativement réduit de cette population et de l'impossibilité qui en découle de documenter ses comportements au moyen d'enquêtes destinées à la population générale. L'étude poursuit trois buts :

1. décrire les comportements sexuels en rapport avec le VIH/sida et les autres IST des femmes migrantes en général et d'origine subsaharienne en particulier ;
2. connaître les besoins des femmes migrantes en général et de celles d'origine subsaharienne en particulier en matière de conseils sur le VIH et les autres IST ainsi que leur disponibilité à l'anamnèse sexuelle ;
3. tester la faisabilité d'une telle étude dans une structure "sentinelle" telle que la polyclinique de gynécologie-obstétrique d'un hôpital universitaire.

En matière de comportements sexuels, l'étude recourt aux indicateurs utilisés dans l'enquête périodique réalisée en Suisse auprès de la population générale âgée de 17 à 45 ans (enquête EPSS).

L'étude porte sur 1182 patientes du Département de gynécologie et d'obstétrique du Centre hospitalier universitaire de Lausanne ayant consulté de fin décembre 2007 à avril 2008. 60.8% ont répondu. Ce collectif de répondantes est analogue, sous l'angle de la provenance géographique, à la population ayant consulté le département durant la même période. Les femmes d'origine étrangère représentent 51% du collectif ; celles originaires de pays d'Afrique subsaharienne 8%. L'âge moyen s'élève à 33.7 ans. Les femmes migrantes sont plus jeunes. Elles se distinguent en outre par un niveau d'éducation inférieur, les Subsahariennes formant le segment disposant du niveau d'éducation le moins élevé.

La grande majorité des répondantes avaient un partenaire stable au moment de l'étude ou en avaient eu un durant les douze mois qui précédaient. Plus de la moitié n'ont jamais utilisé de préservatif avec ce partenaire, l'absence de protection étant plus particulièrement marquée parmi les migrantes originaires d'Europe de l'Est, d'Afrique du Nord et du Moyen Orient.

Multiplier les partenaires sexuels accroît le risque d'exposition au VIH et aux autres IST. Le nombre de partenaires durant les douze mois précédant l'étude constitue l'un des indicateurs utilisés. Dans le cas de l'étude, une patiente sur sept déclare en avoir eu au moins deux durant cette période, aucune différence n'étant constatée en fonction de l'origine géographique des patientes. Cette valeur est légèrement supérieure à celle mesurée lors de la dernière édition (2007) de l'enquête conduite auprès de la population générale résidant en Suisse.

Avoir entretenu des relations sexuelles avec des partenaires occasionnels au cours des douze mois précédant l'étude représente un autre indicateur en matière d'exposition au VIH et aux autres IST. C'est le cas d'une patiente sur dix, aucune différence ne pouvant être mise en évidence en fonction de leur origine géographique. Cette proportion est légèrement plus élevée que celle mesurée auprès de la population générale. L'utilisation du préservatif à l'occasion de relations avec des partenaires occasionnels constitue un élément d'appréciation important pour déterminer l'acuité de l'exposition au risque. Dans le cas particulier, cette protection apparaît très faible puisqu'un tiers seulement des patientes ayant eu de tels partenaires ont entretenu des relations systématiquement protégées avec eux, aucune différence n'étant observée en fonction de l'origine. A titre de comparaison, deux tiers des femmes de la population générale se sont systématiquement protégées dans ce genre de circonstances.

Une patiente sur sept a déclaré avoir utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel. C'est deux fois moins que la proportion observée au sein de la population générale. On n'observe pas de différence significative selon l'origine. L'analyse multivariée montre que deux facteurs seulement sont associés à cette mesure de protection : un niveau de formation élevé ainsi que le fait de vivre seule ou éloignée d'un partenaire stable. S'agissant des seules femmes subsahariennes, la proportion d'utilisatrices de préservatifs à l'occasion du dernier rapport est sensiblement moins élevée (18.8%) que celle relevée par Fenton¹⁰ auprès d'une population de même provenance vivant à Londres (42.9%).

On relèvera par ailleurs qu'une patiente sur vingt-cinq a déclaré 'avoir déjà accepté un cadeau ou de l'argent contre un rapport sexuel' au cours de sa vie. La condition de femme migrante subsaharienne multiplie ce risque par six.

Enfin, 1.5% des membres du collectif ont déclaré avoir subi des rapports sexuels sous la contrainte au cours des douze derniers mois, cette situation étant plus fréquemment rapportée par les patientes d'origine étrangère.

La répartition des réponses relatives au comportement sexuel au gré des groupes d'âges montre que le segment des patientes de 31 à 45 ans se différencie à maints égards des autres groupes. La présence d'une proportion importante de femmes consultant la polyclinique en raison d'une grossesse et la fréquence probablement élevée – mais non documentée – de ce motif de consultation au sein de ce groupe pourrait expliquer certaines différences en matière de comportement sexuel. Ces constats et hypothèses plaident en faveur d'un relevé de la présence d'une grossesse.

Les indicateurs de comportement sexuel à risque sous l'angle de l'exposition au VIH et aux IST sont plus défavorables au sein de la population étudiée – comportant une proportion élevée de femmes migrantes – que dans la population générale. Ils suggèrent que la patientèle d'une polyclinique universitaire appelle une attention particulière en matière de prévention. A cet égard et même si la situation varie peu en fonction de l'origine géographique, la situation des patientes subsahariennes mérite une vigilance accrue en raison de leur vulnérabilité en matière de VIH/sida.

En matière de besoin en conseil, l'enquête montre que la plupart des participantes s'estiment bien ou plutôt bien informées à propos du VIH/sida. Les femmes d'origine subsaharienne sont particulièrement nombreuses dans ce cas, leur jugement renvoyant peut-être au fait qu'elles se sentent plus concernées que d'autres par cette problématique. La situation est différente en ce qui concerne les autres IST : la proportion de femmes s'estimant bien ou plutôt bien informées à leur sujet est sensiblement moins importante (moins d'une femme sur deux) que celles qui portent un tel jugement à propos du VIH/sida. L'écart entre le bon niveau d'information à propos de ce dernier et celui concernant les autres IST peut sans doute être attribué à la large diffusion et à la grande visibilité des campagnes de prévention contre le VIH/sida.

Plus de deux tiers des patientes souhaitent que leur gynécologue s'intéresse à leur sexualité et leur pose des questions de manière à pouvoir les conseiller. Cette attente est particulièrement nette au sein du collectif des femmes migrantes.

De manière générale, le collectif étudié (patientes d'une polyclinique gynécologique et obstétrique fonctionnant dans le cadre d'un hôpital universitaire) apparaît à certains égards plus exposé que la population générale au risque VIH et autres IST. Cette situation appelle une attention accrue de la part des médecins tant en ce qui concerne le dépistage des situations à fort potentiel d'exposition qu'en matière d'information à dispenser aux patientes. Gynécologues et médecins de premier recours sont particulièrement bien placés pour aborder le thème de la sexualité et pour apporter informations et conseils adaptés à la situation individuelle des patientes. Une étude suisse^{11,12} montre toutefois que moins de la moitié d'entre eux s'en donnent les moyens en établissant une anamnèse sexuelle de leurs patientes. Qui plus est, ces anamnèses sont souvent incomplètes et se limitent aux méthodes contraceptives utilisées par les patientes. Cette manière de procéder s'inscrit en décalage par rapport aux attentes des patientes. Les résultats de l'étude devraient permettre de rassurer les médecins quant aux réactions de leurs patientes face à une anamnèse sexuelle.

L'étude avait encore pour objectif de déterminer si le cadre choisi (une polyclinique gynécologique intégrée dans un centre hospitalier universitaire) constituait un environnement pertinent pour documenter les comportements sexuels de femmes provenant de diverses origines et, plus particulièrement, d'Afrique subsaharienne. Le profil des patientes fréquentant la structure, leur disponibilité à remplir un questionnaire et la possibilité d'intégrer une étude de type « sentinelle » dans l'organisation quotidienne de la prise en charge des patientes constituaient des éléments clés de l'appréciation.

L'étude démontre qu'il est possible de mettre sur pied un système de surveillance des comportements sexuels des femmes subsahariennes dans une structure sentinelle telle qu'une polyclinique gynécologique. Pour l'avenir, il conviendra cependant de tenir compte des multiples sollicitations dont ces structures sont l'objet de la part des chercheurs en concentrant la collecte de l'information sur une période aussi limitée que possible. Travailler sur plusieurs pôles géographiques permettrait de concilier brièveté de l'enquête et nombre suffisant de patientes migrantes, d'origine subsaharienne en particulier. Dans cette perspective, il faut tenir compte de la répartition géographique inégale des migrants sur le territoire helvétique. Le fait que la majorité des migrants d'origine subsaharienne soient établis en Suisse romande (plus particulièrement en région lémanique) plaide en faveur d'une collaboration avec l'Hôpital universitaire de Genève.

5. BIBLIOGRAPHIE

- 1 ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008. Genève: ONUSIDA; 2008.
- 2 Amérique du Nord, Europe occidentale et Europe centrale: le point sur l'épidémie du sida, résumés par région. Genève: Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé (OMS); 2008. Available at URL: www.unaids.org/fr/.
- 3 Lert F. Migrants et VIH: état des lieux de l'épidémie VIH chez les migrants en Europe. Available from: URL: http://www.pistes.fr/Transcriptases/114_336.htm.
- 4 Fenton KA, Mercer CH, McManus S, Erens B, Wellings K, Macdowall W, et al. Ethnic variations in sexual behaviour in Great Britain and risk of sexually transmitted infections: a probability survey. *Lancet* 2005;365(9466):1246-55. Available at: URL: PM:15811458.
- 5 Gras MJ, Weide JF, Langendam MW, Coutinho RA, van den Hoek A. HIV prevalence, sexual risk behaviour and sexual mixing patterns among migrants in Amsterdam, The Netherlands. *AIDS* 1999;13:1953-62.
- 6 Nikolopoulos G, Arvanitis M, Masgala A, Paraskeva D. Migration and HIV epidemic in Greece. *Eur J Public Health* 2005;15(3):296-9.
- 7 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2007. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2008. (Raisons de santé, 145).
- 8 UNAIDS/WHO - Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva: UNAIDS/WHO; 2000.
- 9 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G. Un système de surveillance de deuxième génération pour améliorer la surveillance du VIH/sida en Suisse. *Bulletin OFSP* 2006;15:277-81.
- 10 Fenton KA, Chinouya M, Davidson O, Copas A. HIV testing and high risk sexual behaviour among London's migrant African communities: a participatory research study. *Sex Transm Infect* 2002;78(4):241-5. Available at: URL: PM:12181459.
- 11 Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Evolution entre 1990 et 2002, des activités préventives des médecins de premier recours en Suisse dans le cadre de l'épidémie de VIH/sida [Prevention practices of primary health care physicians in Switzerland in the context of the HIV/AIDS epidemic: evolution between 1990 and 2002]. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2007;55:87-96.
- 12 Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F. Talking about sexuality and HIV prevention in medical offices: the situation in Switzerland. *Sex Relationship Ther* 2006;21(2):289-301.