

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

SYSTEME DE SUIVI DE LA STRATEGIE DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA EN SUISSE

Comportements des migrants par rapport
au VIH/sida en 2005

*Giovanna Meystre-Agustoni, André Jeannin,
Françoise Dubois-Arber, Claudia Kessler Bodiang,
Corinne Blöchlinger, Björn Callensten*

Etude financée par

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

Citation suggérée

Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Kessler Bodiang C, Blöchliger C, Callensten B. Système de suivi de la stratégie de lutte contre le VIH/sida en Suisse : comportements des migrants par rapport au VIH/sida en 2005. Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2006 (Raisons de santé, 117).

Remerciements

Nous remercions chaleureusement tous les experts qui, en acceptant de nous faire part – lors d’entretiens ou à l’occasion du panel – de leurs observations et de leurs expériences ainsi qu’en nous donnant accès à leur données, nous ont permis de broser un tableau de la situation des groupes de migrants sur lesquels portait notre étude. Nous sommes en outre particulièrement reconnaissants au Dr Martin Gebhard (OFSP), au Prof. Heiner Bucher et à Mme Tracy Glass (Institut d’épidémiologie clinique de Bâle) d’avoir accepté d’analyser à notre intention certaines données dont ils disposaient.

Unseren herzlichen Dank möchten wir allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Experten-Pannel sowie allen, die uns mündlich und schriftlich Auskunft gegeben haben, aussprechen. Ganz speziell möchten wir für die Bereitstellung von Daten für die Studie danken : Herrn Dr. Feineis, (Drogenberatungsstelle Basel-Landschaft), Herrn Friedli (BFM), Herrn Dr. Gebhardt (BAG), Herrn Schmutz (BFM) und Frau Dr. Witschi und ihrem Team (Kantonärztlicher Dienst Basel-Stadt)

Nom fichier : RdS 117 Migrants final.doc

TABLE DES MATIERES

Executive summary	5
Migrants subsahariens	5
Migrants sans statut légal	6
Migrants originaires des pays balkaniques	7
Conclusions générales et recommandations	8
Conséquences de ces constats pour les différentes populations	10
Migrants subsahariens	10
Migrants sans statut légal	10
Migrants originaires des pays balkaniques	10
Executive summary	11
Subsahara-MigrantInnen	11
Migrantinnen und Migranten ohne Aufenthaltsbewilligung	12
Staatsangehörige aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien	13
Allgemeine Schlussfolgerungen und Empfehlungen	15
Konsequenzen dieser Feststellungen für die verschiedenen Zielgruppen	17
Subsahara-MigrantInnen	17
MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung	17
MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien	18
1 Introduction	19
1.1 Objectifs de l'étude	19
2 Méthodologie	20
2.1 Populations étudiées	20
2.2 Déroulement du projet	20
2.3 Sources d'informations	20
2.3.1 Sources bibliographiques	20
2.3.2 Informateurs de la phase exploratoire	21
2.3.3 Panélistes	21
3 Ressortissants d'Afrique subsaharienne	24
3.1 Données démographiques	24
3.1.1 Statistiques officielles	24
3.1.2 Informations démographiques fournies par les experts	27
3.2 Données épidémiologiques	29
3.2.1 L'épidémie VIH en Afrique subsaharienne	29
3.2.2 L'épidémie et les Subsahariens dans divers pays européens	30
3.2.3 L'épidémie en Suisse	31
3.2.4 Données épidémiologiques fournies par les informateurs	32
3.3 Exposition au risque et facteurs de vulnérabilité	33
3.3.1 Situation en Afrique subsaharienne	33
3.3.2 Situation en Europe	36
3.3.3 Situation en Suisse	37
3.4 Réponse en termes de santé publique	46
3.4.1 Réseau genevois de prise en charge	46
3.4.2 Réseau vaudois de prise en charge	47
3.4.3 Accès aux prestations	48
3.5 Propositions d'amélioration suggérées par les panélistes	49
3.6 Conclusions et recommandations pour les populations subsahariennes	51
4 Migrants vivant sans statut légal dans les cantons de Vaud et de Genève	56
4.1 Données démographiques	56
4.1.1 Données démographiques publiées	56

4.1.2	Données démographiques fournies par les informateurs	57
4.2	Données épidémiologiques	59
4.2.1	Epidémiologie dans les pays d'origine des personnes sans statut légal	59
4.2.2	Situation épidémiologique en Suisse	59
4.2.3	Données épidémiologiques fournies par les informateurs	59
4.3	Exposition au risque	60
4.3.1	Exposition au risque selon les informateurs	60
4.4	Facteurs de vulnérabilité	62
4.4.1	Facteurs de vulnérabilité décrits par les informateurs	62
4.5	Réponse en termes de santé publique	64
4.5.1	Réseau genevois de prise en charge	64
4.5.2	Réseau vaudois de prise en charge	65
4.6	Propositions d'amélioration suggérées par les panélistes	66
4.7	Conclusions et recommandations concernant les migrants sans statut légal	67
5	MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien	71
5.1	Einleitung	71
5.2	Ziele	71
5.3	Methodik	71
5.4	Resultate	72
5.4.1	Demographie und Epidemiologie	72
5.5	Risiko, Vulnerabilität und Gesundheitsversorgung	77
5.5.1	Situation in den Herkunftsländern : Wissensstand, Risikoverhalten und Vulnerabilitätsfaktoren	77
5.5.2	Wissen	78
5.5.3	Risikoverhalten	79
5.5.4	Vulnerabilitätsfaktoren	80
5.5.5	Spezifische Untergruppen	81
5.6	Public Health Angebot	81
5.6.1	Nutzung der Gesundheitsdienste in Basel-Stadt/Baselland	81
5.6.2	Prävention	82
5.7	Handlungsbedarf	85
5.7.1	Hauptprobleme und Verbesserungsvorschläge	85
5.7.2	Zielgruppen	86
5.7.3	Zu erwartende Probleme bei der Durchführbarkeit	86
5.8	Diskussion	87
5.8.1	Methodik	87
5.8.2	Resultate und Handlungsbedarf	87
5.8.3	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	90
6	Conclusions générales et recommandations	92
	Conséquences de ces constats pour les différentes populations	94
	Migrants subsahariens	94
	Migrants sans statut légal	94
	Migrants originaires des pays balkaniques	94
	Bibliographie pour les chapitres 1-4	95
7	Annexes	99
7.1	Abréviations	99
7.2	Listes des experts en Suisse romande	99
7.3	Abkürzungsverzeichnis	101
7.4	Befragte Expertinnen und Experten , Kanton BS/BL	101
7.5	Referenzliste der Literaturrecherche	103
7.5.1	International	103
7.5.2	Schweiz	105
7.6	Literatursuche : Liste der Quellen	106

EXECUTIVE SUMMARY

L'étude s'inscrit dans le cadre du système de surveillance de deuxième génération mis en place par l'OFSP. Ce dispositif comporte d'une part un pôle de surveillance sérologique (enregistrement des nouvelles infections) et, d'autre part, un pôle de surveillance des comportements pouvant exercer une influence sur l'évolution de l'épidémie. Dans ce cadre, des études qualitatives sont réalisées auprès de populations particulièrement difficiles à atteindre par les études auprès de la population générale ou par des enquêtes spécifiques. L'OFSP voue une attention particulière aux problèmes de santé associés au phénomène de la migration et à l'amélioration de l'égalité des chances en matière d'accès à des prestations de santé adaptées. La présente étude porte sur trois de ces populations :

- 1 Les migrants subsahariens : cette population provient de pays à épidémie généralisée ; le problème par rapport au VIH/sida est avéré.
- 2 Les migrants sans statut légal (clandestins) : cette population n'est pas définie par son origine mais par sa situation précaire.
- 3 Les migrants des Balkans : ils forment le groupe le plus important de personnes de nationalité étrangère vivant en Suisse.

Les données ont été récoltées par :

- des entretiens préalables avec une série d'informateurs-clés
- une collecte de données sur les groupes concernés
- deux panels d'experts : un panel réalisé en Suisse romande pour les migrants subsahariens et les migrants sans statut légal et un autre réalisé en Suisse alémanique pour les migrants des Balkans.

L'étude devait permettre de répondre aux questions suivantes :

- Les données à disposition sont-elles suffisantes pour se prononcer sur la situation et son évolution ? Quels sont les problèmes principaux et les problèmes émergents ?
- Les données à disposition sont-elles suffisantes pour agir (si nécessaire) ?
- La méthode choisie (panel) est-elle suffisante dans le cadre d'une surveillance de deuxième génération ? Convient-il de procéder à des enquêtes de population ?

MIGRANTS SUBSAHARIENS

La population d'origine subsaharienne recensée dans les différentes bases de données fédérales comprend environ 42 000 personnes (fin 2004). Elle se partage entre résidents permanents (25 258 personnes) et demandeurs d'asile à différents stades de la procédure (15 940 personnes mais les autorités ignorent la nationalité de plus de 2 000 demandeurs d'asile). L'étiquette « subsaharien » constitue le dénominateur commun des ressortissants d'une cinquantaine de pays confrontés à des situations épidémiologiques très différentes (prévalence variant de 1.2% à 38.8%). L'hétérogénéité de cette population renvoie en particulier à des dimensions telles que langue, religion, histoire nationale récente (notamment marquée par des guerres civiles ou des conflits régionaux), statut sous l'angle de la loi sur les étrangers, niveau de formation, statut socio-économique ou accès aux prestations sanitaires.

La population d'origine subsaharienne émigrée en Europe apparaît particulièrement vulnérable au VIH. Les données disponibles montrent que la prévalence et l'incidence de ces infections sont toujours plus élevées parmi cette population que parmi les nationaux des pays d'accueil. En Suisse, les résultats positifs enregistrés dans les centres de tests anonymes atteignent ainsi 4.2% chez les personnes provenant d'Afrique subsaharienne contre 0.1% chez les patients de nationalité suisse (données 2000-2003). D'autres indicateurs montrent que l'exposition potentielle au VIH dans le cadre de relations sexuelles non protégées est importante. C'est ainsi que le taux d'interruptions de grossesses est très sensiblement plus élevé

parmi les Subsahariennes que parmi la population autochtone et que les données des centres de planning indiquent un recours nettement moins fréquent au préservatif par les femmes subsahariennes.

Les experts s'expriment au sujet des Subsahariens avec lesquels ils entrent en contact : ceux-ci représentent vraisemblablement la partie la plus fragile de cette population. La fréquence des relations sexuelles non protégées y est reconnue élevée. Elle renvoie à une constellation de facteurs qui, seuls ou combinés, exercent une influence sur les comportements sexuels et les comportements de protection. La valeur attachée à la maternité et le déséquilibre des rapports entre genres (qui subordonnent la femme aux choix de son partenaire masculin) notamment renforcés par une approche littérale et dogmatique des textes religieux expliquent en partie cette situation. Les experts soulignent également le rôle joué par la précarité économique et statutaire (lois sur l'immigration) ainsi que par des connaissances lacunaires ou incorrectes en matière de transmission de l'infection et de test. Enfin, les experts relèvent que le rejet des personnes séropositives ou supposées l'être rend aussi compte des réticences à utiliser des préservatifs et à faire le test VIH.

Compte tenu de ces facteurs, les experts consultés mettent en évidence plusieurs segments particulièrement exposés au VIH parmi la population subsaharienne : migrants en situation de précarité économique et statutaire, femmes en général, jeunes migrants des deux sexes (demandeurs d'asile), prostitués des deux sexes, personnes séropositives.

MIGRANTS SANS STATUT LÉGAL

Les migrants sans statut légal forment une population aux contours peu précis. La dernière en date des tentatives de quantification évalue son effectif à 90 000 personnes ($\pm 10\ 000$). Le flou prévaut aussi en ce qui concerne la composition de cette population. Les experts considèrent que la constellation des nationalités représentées varie d'une région à l'autre. Autour du bassin lémanique, les migrants originaires d'Amérique latine sont les plus nombreux. On y trouve toutefois aussi des personnes provenant du Maghreb, d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Europe orientale. La plupart des migrants sans statut légal vivent dans une situation de grande précarité qui va s'amplifiant. Les informateurs s'accordent à reconnaître que les relations sexuelles non protégées sont fréquentes parmi les migrants sans statut légal. Quelques données confirment leur avis : fréquence supérieure à la moyenne des pathologies de la sphère urogénitale, recours peu fréquent au préservatif, fréquence relativement élevée des grossesses non désirées (abouties), taux élevé d'interruptions volontaires de grossesses.

Les experts ont identifié plusieurs facteurs qui, isolés ou combinés, contribuent à la fragilisation des migrants sans statut légal. La précarité des conditions d'existence impose de mettre l'accent sur l'indispensable et repousse la prévention au second plan. Elle accroît la dépendance envers de nombreuses personnes et peut exposer à devoir s'engager dans des relations sexuelles non désirées. L'attachement à certaines valeurs culturelles (soumission de la femme à son partenaire sexuel, image négative du préservatif), l'isolement et l'allègement du contrôle social conséquences de l'éloignement par rapport à la société d'origine, l'absence de statut (sous l'angle du droit de l'immigration), la prostitution ainsi que la consommation de stupéfiants participent aussi à la fragilisation de cette population. Enfin, des facteurs de nature diverse (quasi impossibilité de s'affilier à une caisse maladie, rareté des ressources à affecter aux soins médicaux, crainte d'être repéré si l'on recourt à des structures sanitaires publiques) font obstacle à une prise en charge médicale suivie intégrant une composante préventive.

Quelques segments de la population des migrants sans statut légal paraissent particulièrement vulnérables. Ils sont notamment formés de personnes appartenant à des communautés peu représentées (absence de réseau d'entraide), particulièrement isolées par la langue dans laquelle elles s'expriment. Les migrantes venues en Suisse pour se prostituer (ou condamnées à cette activité pour assurer leur survie) ainsi que les consommateurs i.v. de stupéfiants appartiennent aussi à cette frange très exposée. Enfin, les experts considèrent comme préoccupante la situation des personnes dont la demande d'asile a été repoussée à un stade ou à l'autre de la procédure et qui, pour différentes raisons, ne peuvent envisager de regagner leur pays d'origine.

MIGRANTS ORIGINAIRES DES PAYS BALKANIQUES

C'est une équipe du Centre Suisse de Santé Internationale de l'Institut Tropical Suisse qui a mené le volet de l'étude consacré aux migrants des nouvelles républiques de l'ex-Yougoslavie, plus spécialement dans les cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne.

En 2004, 352'064 résidents permanents et 15'686 demandeurs d'asile de Serbie/Monténégro, Croatie, Slovénie, Bosnie/Herzégovine et Macédoine ont été recensés en Suisse^a, ce qui représente une proportion de 23,5% du total de la population étrangère vivant en Suisse. Les ressortissants des nouvelles républiques balkaniques forment un groupe très hétérogène. Pour la problématique qui nous concerne, leur appartenance linguistique ainsi que les aspects socio-historiques et migratoires jouent un rôle essentiel.

Représentant 1,4% de toutes les personnes séropositives recensées entre 1996 et 2004, les migrants de l'ex-Yougoslavie semblent relativement peu touchés par le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles, tant en Suisse que dans les deux Bâle. Il est difficile de tirer des conclusions générales pour un groupe cible aussi hétérogène. On peut toutefois admettre que le niveau de connaissance en matière de VIH/sida et de MST est globalement insuffisant et la prise de conscience des risques d'infection plutôt faible. Bien que peu enclin à passer le test et à faire un usage régulier du préservatif, le groupe cible ne doit pas être actuellement taxé de groupe à haut risque. Mais quelques segments – les jeunes des deux sexes, plus spécialement de la deuxième et de la troisième générations, et les albanophones – pourraient bien à l'avenir devenir plus vulnérables face au risque et plus exposés. Il conviendra donc de leur accorder une attention accrue dans l'élaboration de stratégies de prévention.

Au niveau des offres de prévention, on optera pour une approche intégrative afin de prévenir la stigmatisation et la discrimination du groupe cible, dans le droit fil de la stratégie actuelle de l'OFSP. Les principaux contenus de la prévention tels que l'utilisation de préservatifs, le test VIH, la solidarité avec les personnes touchées et les questions spécifiques au genre en rapport avec la sexualité devront être traités globalement (dans le sens de la promotion de la santé) et intégrés dans des thématiques moins sensibles. Pour la prévention dans le segment « jeunes des deux sexes », un rôle essentiel revient au travail dans les écoles, à l'éducation par les pairs et à la médiation. En complément, un travail de sensibilisation par des médias grand public serait utile, qui essaierait d'atteindre plus spécialement les mères qui jouent un rôle important dans l'éducation sexuelle de leurs enfants. Sans oublier la promotion du dialogue intergénérationnel et entre les sexes sur ces thèmes.

Pour ce qui concerne l'utilisation des services de santé et les difficultés d'accès à ces services, on constate les mêmes problèmes que pour les autres groupes de migrants. Les efforts de l'OFSP et des cantons dans ce domaine devraient permettre de mieux répondre aux besoins du groupe cible. Des interventions spécifiques complémentaires ne semblent pas indiquées pour l'instant.

Il importe dans tous les cas de mieux faire connaître les ressources et les offres existantes. En effet, les migrants des régions de l'ex-Yougoslavie sont potentiellement plus exposés du fait de la prévalence VIH plus élevée en Suisse que dans leurs pays d'origine respectifs et par une prise de conscience généralement plus faible des risques d'infection.

^a Ce total inclut les migrants d'Albanie, qui ne font pas directement partie du groupe cible étudié mais qui présentent des similitudes culturelles avec certains de ses segments.

CONCLUSIONS GENERALES ET RECOMMANDATIONS

L'étude devait permettre de répondre aux questions suivantes :

- Les données à disposition sont-elles suffisantes pour se prononcer sur la situation et son évolution ? Quels sont les problèmes principaux et les problèmes émergents ?
 - Les données à disposition sont-elles suffisantes pour agir (si nécessaire) ?
 - La méthode choisie (panel) est-elle suffisante dans le cadre d'une surveillance de deuxième génération ? Convient-il de procéder à des enquêtes de population ?
-
- **Les informations recueillies permettent de dresser un tableau suffisamment complet de la situation des trois populations considérées.**
 - Les experts consultés possèdent une bonne connaissance des conditions d'existence de ces trois populations, de leurs particularités et de leur vulnérabilité par rapport au VIH. Ils ne sont toutefois pas toujours capables de fournir des informations issues de données récoltées de manière systématique et fondées sur une investigation approfondie des comportements sexuels de leurs patients.
 - Les informations récoltées montrent que la situation se caractérise par sa fluidité. Des modifications interviennent sans cesse au sein des populations observées : augmentation rapide de l'effectif des Subsahariens, profil changeant des demandeurs d'asile provenant de cette région et impact des décisions politiques sur leurs conditions d'existence ; arrivée de nouvelles nationalités parmi les clandestins ; arrivée en âge de maturité sexuelle des migrants de deuxième génération, mariages entre migrants établis en Suisse et personnes vivant encore au pays chez les ressortissants balkaniques.
 - **Quelques lacunes subsistent** en ce qui concerne le groupe des migrants sans statut légal. Hormis la remarque générale évoquée plus haut (bonne connaissance de la situation surtout en ce qui concerne la population prise dans son ensemble) – qui s'applique ici aussi – ces lacunes concernent certains groupes nationaux numériquement peu importants qui n'entrent pratiquement pas en contact avec les structures de prise en charge. Les experts en connaissent l'existence mais ont peu à dire sur les risques spécifiques auxquels ces groupes sont exposés.
 - Les **migrants d'origine subsaharienne** sont perçus comme un groupe particulièrement vulnérable. En dépit de sa grande hétérogénéité (langue, statut en regard de la législation sur l'immigration, prévalence du VIH dans le pays d'origine), ce groupe est décrit comme homogène en matière de risques pris dans le cadre des relations sexuelles. Les relations entre genres caractérisées par la subordination de la femme jouent à cet égard un rôle important. Les conditions de vie particulièrement précaires d'une partie des migrants subsahariens ainsi que les conséquences de cette précarité sur la capacité de prévenir les infections à VIH sont également mises en évidence. Les segments les plus vulnérables de cette population sont les demandeurs d'asile (en cours de procédure ou déboutés), les clandestins, les mineurs non accompagnés et les personnes qui se prostituent. Les conditions imposées aux demandeurs d'asile déboutés (interdiction de travail, réduction de l'aide sociale) pourraient les précariser encore plus et rendre plus incertaine l'adoption de comportements de protection.
 - La population des **migrants sans statut légal** peut être schématiquement divisée en un groupe majoritaire (Latino-américains) – bien connu des experts – et des groupes nationaux numériquement peu importants mais préoccupants sous l'angle de la prévention du VIH car très précarisés et peu en contact avec les structures de prise en charge. L'existence de comportements à risque parmi les clandestins fait l'objet d'un large consensus. Ces comportements sont notamment attribués à la précarité multiforme qui caractérise cette population, aux rapports entre les genres (subordination de la femme à l'homme dans la culture latino-américaine), à la prostitution et à l'injection de stupéfiants pour quelques segments minoritaires.
 - Les **migrants originaires des pays balkaniques** sont peu touchés par l'épidémie de VIH/sida mais leur vulnérabilité pourrait augmenter avec la maturité sexuelle des jeunes de deuxième et de troisième générations. Cette population comprend quelques segments plus problématiques. C'est en particulier le cas des jeunes générations qui grandissent entre deux systèmes de valeurs ainsi que des albanophones dont les valeurs et coutumes pourraient faire obstacle à une protection efficace

contre le VIH. Les relations entre genres (subordination des femmes), le silence autour du thème de la sexualité (dans le couple et dans le cadre familial) ainsi que la discrimination des personnes séropositives (voire de toute leur famille) constituent autant de problèmes à aborder en vue d'améliorer la capacité de faire face aux enjeux de l'épidémie.

- **Les informations récoltées confirment l'existence de problèmes en relation avec le VIH/sida dans les populations étudiées. Ces problèmes sont particulièrement importants en ce qui concerne les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et les migrants en situation irrégulière. Ils sont moins aigus en ce qui concerne les migrants originaires des pays balkaniques. On peut estimer que l'on en sait suffisamment pour agir :**

- **Au niveau 1 de la prévention**

A ce jour, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne n'ont pas été représentées, dans les campagnes destinées à la population générale, comme faisant elles-mêmes partie de cette population. Cette lacune devrait être comblée en faisant aussi figurer, par exemple sur les affiches, etc. des personnes de leur communauté parmi des personnes d'origine européenne. Cela permettrait aux migrants subsahariens de s'identifier à la population générale – de ne pas se percevoir comme un groupe particulier (stigmatisé) – et de s'approprier les messages de prévention.

- **Au niveau 2 de la prévention**

Migrants subsahariens :

Des actions spécifiques devraient être initiées, consolidées et développées. Les experts ont toutefois mis l'accent sur l'accès relativement malaisé à la communauté subsaharienne et sur le fait que les associations qui se créent leur sont mal connues. L'éclatement et la diversité de la communauté subsaharienne ainsi que le caractère souvent fugace des associations impliquent un effort constant de repérage et de coordination. La mise sur pied d'un programme devrait être précédée d'un mapping des populations et des lieux d'accès à ces populations. Le principe de la coordination doit être intégré dans les mandats d'intervention afin d'éviter que tous les intervenants se concentrent sur les publics les plus facilement accessibles. Une évaluation est nécessaire pour connaître l'étendue de la couverture et les lacunes (en termes de populations non approchées).

Des préservatifs devraient être mis à la libre disposition des personnes vivant avec des ressources extrêmement modestes dans les lieux de rencontre ou de passage (par exemple consultations médicales ou lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile).

Migrants sans statut légal :

Des préservatifs devraient également être mis à leur libre disposition dans les lieux où ils ont l'habitude de passer (structures d'aide à bas seuil d'accès par exemple).

Migrants originaires des pays balkaniques :

Des lacunes ont été mises en évidence dans le dialogue parents/enfants en matière d'éducation sexuelle. Ce constat appelle un renforcement des compétences des mères de famille (à qui revient souvent cette dimension de l'éducation) qui passe par la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

- **Au niveau 3 de la prévention :**

Tous les groupes étudiés sont concernés. Dans ce contexte, il s'agira en priorité de renforcer la capacité des intervenants – et plus généralement de toute personne appelée à travailler avec des migrants – de parler de sexualité. Dans cette perspective, les intervenants devraient se familiariser avec ce type d'intervention (formation) et être encouragés à les mettre en œuvre dans leur pratique professionnelle (promotion).

Ce niveau de prévention (conseil personnalisé) implique une qualité de dialogue que seule l'intervention d'interprètes permet parfois d'atteindre. Les mesures à prendre concernent la formation de ces intervenants et leur mise à disposition (prise en charge des coûts).

- **La méthode choisie (panel) est satisfaisante mais pas suffisante dans le cadre d'un dispositif de surveillance de deuxième génération.** Les panels ont notamment permis d'établir l'existence de

problèmes et d'identifier des segments de population particulièrement vulnérables. La méthode possède l'avantage de s'adapter souplement à l'évolution de la situation (addition ou retranchement de participants). Toutefois, la méthode du panel n'a pas permis de déterminer le niveau des problèmes. Il convient de l'améliorer de manière à ce que les experts puissent mieux assumer le rôle qui leur est dévolu.

Des mesures sont possibles à deux niveaux :

□ *A l'échelon institutionnel*

Des données récoltées de manière systématique au sujet de certaines dimensions du problème manquent. Les experts fournissent des informations trop générales, suffisantes pour établir l'existence d'un problème mais incomplètes dès lors qu'il s'agit d'en évaluer exactement la nature, l'acuité ou l'étendue. Cette lacune pourrait être comblée en organisant la collecte de quelques informations cliniques ou comportementales, sans omettre de mentionner la provenance géographique et le statut (pour les clandestins) des personnes concernées.

□ *A l'échelon individuel*

Récolter des informations en matière de comportement sexuel et de méthodes de protection contre les infections sexuellement transmissibles implique que les experts abordent avec compétence et systématiquement le thème de la sexualité. Les experts seront sensibilisés à cet impératif en vue de la répétition du panel en 2007.

CONSEQUENCES DE CES CONSTATS POUR LES DIFFERENTES POPULATIONS

Migrants subsahariens

- Les informations à disposition sont suffisantes pour agir.
- Le système de surveillance mis en œuvre peut être maintenu mais il doit être amélioré à l'échelon institutionnel ainsi qu'à l'échelon individuel. Les experts y seront sensibilisés.
- Le panel sera reconduit en 2007.

Faut-il procéder à des études de populations ? Pas à ce stade. Il faut toutefois réfléchir à la **réalisation de petites enquêtes « sentinelles »** dans des structures constituant des points de passage pour les populations subsahariennes (par ex. des polycliniques gynéco-obstétriques). Des moyens spécifiques devraient être alloués.

Migrants sans statut légal

- Les informations à disposition sont suffisantes pour agir.
- La surveillance biologique pourra donner quelques indications (bien que le statut ne soit pas indiqué) et la surveillance comportementale peut être abandonnée.
- La configuration de cette population varie fortement d'une région (ville) à l'autre. Les problèmes doivent être traités à l'échelon local. La méthode des panels devrait être reprise à l'échelon des cantons (à travers les antennes locales de l'ASS) pour détecter les problèmes émergents dans ces populations.

Migrants originaires des pays balkaniques

- Les informations à disposition sont suffisantes pour agir.
- La surveillance biologique est suffisante pour évaluer ce qui se passe à l'échelon de cette population.
- Les problèmes essentiels se situant à l'échelon de la 2^{ème} et de la 3^{ème} générations de migrants, le passage par l'enseignement officiel permettra aux jeunes migrants de se familiariser avec la thématique VIH/sida et sa prévention. Par ailleurs, cette population pourra être suivie dans les études périodiques en population générale.

EXECUTIVE SUMMARY

Die Studie wurde im Rahmen des vom BAG eingerichteten Überwachungs- bzw. Monitoringsystems der zweiten Generation erstellt. Dieses System besteht aus einer serologischen HIV-Überwachung (Erfassung der Neuinfektionen) sowie aus einem Monitoring der Verhaltensweisen, welche die Entwicklung der Epidemie beeinflussen können. In diesem Zusammenhang werden qualitative Studien bei Zielgruppen durchgeführt, die bei den Befragungen der Allgemeinbevölkerung oder bei spezifischen Umfragen besonders schwer zu erreichen sind. Besondere Aufmerksamkeit widmet das BAG dabei den Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit der Migration und der Verbesserung eines gleichberechtigten Zugangs zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung. Die vorliegende Studie befasst sich mit dreien dieser Bevölkerungsgruppen:

- 1 Die Subsahara-MigrantInnen: Diese Personengruppe stammt aus Ländern, in denen sich HIV-Epidemie generalisiert hat und die HIV/Aids-Probleme manifest sind.
- 2 Die MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung (Sans-Papiers oder Papierlose): diese Gruppe wird nicht anhand ihrer Herkunft definiert, sondern aufgrund ihrer schwierigen Situation.
- 3 Die MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien: diese bilden die grösste Gruppe der in der Schweiz lebenden Personen ausländischer Herkunft.

Die Erhebung der Daten erfolgte durch:

- vorab durchgeführte Interviews mit einer Reihe von Schlüsselpersonen
- das Recherchieren von Daten über die jeweiligen Zielgruppen
- zwei Experten-Panels: ein Panel in der Westschweiz für die Subsahara-MigrantInnen und die MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung und ein weiteres in der Deutschschweiz für die MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien.

Die Studie sollte Antworten auf folgende Fragen liefern:

- Reicht das vorhandene Datenmaterial aus, um Aufschluss über die Situation und deren Entwicklung zu geben? Welche Probleme stellen sich hauptsächlich und welche neuen zeichnen sich ab?
- Sind genügend Daten vorhanden, um (wenn nötig) Massnahmen zu ergreifen?
- Genügt die gewählte Methode (Panel) den Anforderungen eines Überwachungssystems der zweiten Generation? Sollten Bevölkerungsumfragen durchgeführt werden?

SUBSAHARA-MIGRANTINNEN

In den verschiedenen Datenbanken des Bundes sind etwa 42 000 Personen aus der Subsahara-Region erfasst (Ende 2004), darunter 25 258 Niedergelassene und 15 940 Asylsuchende, deren Asylverfahren mehr oder weniger weit vorangeschritten ist (wobei zu bedenken ist, dass die Behörden die Nationalität von über 2 000 Asylsuchenden nicht kennen). Die Etikette «Subsahara» bildet den gemeinsamen Nenner für die Angehörigen von rund fünfzig Ländern, die mit sehr unterschiedlichen epidemiologischen Situationen konfrontiert sind (die HIV-Prävalenz liegt zwischen 1.2% und 38.8%). Es handelt sich um eine ausgeprägt heterogene Personengruppe, besonders bezüglich Sprache, Religion, der jüngeren Geschichte ihres Herkunftslandes (die vor allem durch Bürgerkriege oder regionale Konflikte geprägt ist), ausländerrechtlichem Status, Bildungsstand, dem sozialen und wirtschaftlichen Status oder dem Zugang zur Gesundheitsversorgung.

Bei den in Europa eingewanderten Personen aus der Subsahara-Region scheint die HIV-Ansteckungsgefahr besonders gross zu sein. Aus den verfügbaren Daten wird ersichtlich, dass die Prävalenz und Inzidenz von HIV-Infektionen bei dieser Personengruppe stets höher sind als bei den Angehörigen der Aufnahmeländer. In der Schweiz haben die anonymen Teststellen bei den aus dem südlichen Afrika (Subsa-

hara-Region) stammenden Personen 4.2% positive HIV-Testresultate gemeldet, gegenüber 0.1% bei den PatientInnen schweizerischer Herkunft (Daten 2000-2003). Weitere Indikatoren lassen darauf schliessen, dass diese Personengruppe einem hohen HIV-Infektionsrisiko durch ungeschützte Sexualkontakte ausgesetzt ist. So lassen etwa die Frauen aus der Subsahara-Region deutlich mehr Schwangerschaftsabbrüche machen als Einheimische und nach den Angaben der Beratungsstellen für Familienplanung benutzen die Frauen aus der Subsahara weniger häufig Kondome.

Die ExpertInnen haben bezüglich den Frauen aus der Subsahara-Region, zu denen sie Kontakt haben, folgende Erläuterungen angefügt: Diese sind vermutlich die am stärksten gefährdete (vulnerable) Gruppe dieser Bevölkerung. Denn es ist bekannt, dass sie häufig ungeschützte Sexualkontakte haben. Dies ist auf eine Reihe von Faktoren zurückzuführen, die alleine für sich oder in Kombination miteinander, das Sexual- und Schutzverhalten beeinflussen. Diese Situation erklärt sich zum Teil durch den Stellenwert der Mutterschaft und durch die Ungleichstellung der Geschlechter (die Frau hat sich den Wünschen ihres männlichen Partners zu fügen) in Verbindung mit einer buchstabengetreuen und dogmatischen Auslegung der religiösen Schriften. Die ExpertInnen betonen aber, dass in diesem Zusammenhang auch die wirtschaftliche Notlage und der unsichere Aufenthaltsstatus (Einwanderungsgesetze) sowie die ungenügenden oder fehlerhaften Kenntnisse über die Übertragung der Infektion und den Test eine Rolle spielen. Und schliesslich ist die Ablehnung von Menschen, die HIV-infiziert sind oder bei denen man dies vermutet, laut den ExpertInnen ebenfalls ein Grund dafür, dass die Betroffenen davor zurückscheuen, Kondome zu verwenden und einen HIV-Test machen zu lassen.

Unter Berücksichtigung dieser Faktoren verweisen die befragten ExpertInnen auf mehrere Gruppen unter den Subsahara-MigrantInnen, die besonders durch HIV gefährdet sind: MigrantInnen in einer schwierigen wirtschaftlichen und aufenthaltsrechtlichen Situation, in der Regel Frauen, junge Migranten und Migrantinnen (Asylsuchende), weibliche und männliche Sexworker, HIV-Infizierte.

MIGRANTINNEN UND MIGRANTEN OHNE AUFENTHALTSBEWILLIGUNG

Die MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung bilden eine Personengruppe, über deren Grösse und Zusammensetzung kaum etwas bekannt ist. Nach der jüngsten Schätzung dürften es an die 90 000 Personen ($\pm 10'000$) sein. Die ExpertInnen nehmen an, dass die Konstellation der vertretenen Nationalitäten und damit die Zusammensetzung dieser Zielgruppe von Region zu Region variieren. Rund um den Genfersee bilden die aus Lateinamerika stammenden MigrantInnen die grösste Gruppe. Man findet hier aber auch Einwanderer aus dem Maghreb, aus Subsahara-Afrika, Asien und Osteuropa. Der Grossteil der MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung befindet sich in einer sehr schwierigen Situation, die sich weiter verschärft. Nach den übereinstimmenden Aussagen der befragten Schüsselpersonen haben MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung häufig ungeschützte Sexualkontakte. Diese Aussagen werden durch einige Daten bestätigt: überdurchschnittlich häufiges Auftreten von Erkrankungen im Intimbereich, seltener Kondomgebrauch, relativ häufiges Auftreten von unerwünschten, jedoch nicht abgebrochenen Schwangerschaften, hoher Anteil freiwilliger Schwangerschaftsabbrüche.

Die ExpertInnen haben mehrere Faktoren ermittelt, die – isoliert oder in Kombination miteinander – dazu beitragen, dass MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung besonders vulnerabel sind. Aufgrund ihrer schwierigen Lebensumstände stehen bei ihnen die lebensnotwendigen Dinge im Vordergrund, wogegen die Prävention in den Hintergrund rückt. Ihre schwierige Lage macht die Betroffenen in hohem Masse von zahlreichen Personen abhängig und kann auch ein Grund dafür sein, weshalb sie sich gelegentlich auf ungewollte Sexualkontakte einlassen. Das Festhalten an gewissen kulturellen Werten (die Frau ordnet sich ihrem Sexualpartner unter, negatives Image des Kondoms), die Isolierung und die Lockerung der sozialen Kontrolle als Folge der Entfernung von der Gemeinschaft, aus der sie stammen, der fehlende ausländerrechtliche Status, die Prostitution sowie der Drogenkonsum tragen ebenfalls zur Vulnerabilität dieser Personengruppe bei. Hinzu kommen schliesslich noch Faktoren unterschiedlicher Art (der Beitritt zu einer Krankenkasse ist praktisch unmöglich, knappe Mittel für die medizinische Versorgung, die Betroffenen befürchten entdeckt zu werden, wenn sie die Dienste des öffentlichen Gesundheitswesens in Anspruch nehmen), welche eine medizinische Betreuung mit Beratung über die Prävention erschweren.

Einige Gruppen der MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung scheinen besonders vulnerabel zu sein. Dabei handelt es sich vor allem um Personen, die zahlenmässig kleinen Gemeinschaften angehören (Fehlen eines sozialen Hilfsnetzes) und die aufgrund der Sprache, die sie sprechen, besonders isoliert sind. Die MigrantInnen, die in die Schweiz gekommen sind und sich prostituieren (oder in der Prostitution landen, um ihren Lebensunterhalt zu bestreiten), sowie solche, die intravenös Drogen konsumieren, gehören ebenfalls zu diesem stark gefährdeten Personenkreis. Die ExpertInnen weisen zudem auf die besorgniserregende Situation der Menschen hin, deren Asylgesuch in einem mehr oder weniger vorangeschrittenen Verfahrensstadium abgewiesen worden ist und die aus verschiedenen Gründen nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren können oder wollen.

STAATSANGEHÖRIGE AUS DEN NACHFOLGEREPUBLIKEN DES EHEMALIGEN JUGOSLAWIEN

Die Studie wurde von einem Team des Schweizerischen Zentrums für Internationale Gesundheit des Schweizerischen Tropeninstituts durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte von Februar bis März 2005 und umfasste eine Literaturrecherche, die Sammlung von demographischen und epidemiologischen Daten, sowie die Befragung von ExpertInnen und Schlüsselpersonen in einem Experten-Pannel (15), telefonischen Interviews (14) und schriftlichen Befragungen (8).

Im Jahr 2004 lebten total 352'064 Niedergelassene (ständige Wohnbevölkerung) und 15'686 Asylsuchende aus Serbien/Montenegro, Kroatien, Slowenien, Bosnien/Herzegowina, Mazedonien in der Schweiz^a. Somit entspricht diese Migrantengruppe 23,5% der ausländischen Bevölkerung in der Schweiz. Menschen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien stellen eine sehr heterogene Gruppe dar, wobei der Einteilung nach Sprachgruppen und der sozialhistorischen und migrationspezifischen Dimension für die vorliegende Fragestellung eine wichtige Rolle zukommt.

Sowohl in der Schweiz, wie auch in den Basler Kantonen scheinen die MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 1,4% aller HIV-positiv registrierten Personen über den Zeitraum 1996-2004 eher unterdurchschnittlich durch HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen betroffen zu sein. Generalisierungen in Bezug auf die heterogene Zielgruppe sind problematisch. Doch muss der Wissensstand in Bezug auf die untersuchten Themenbereiche als generell unzureichend tief und die Risikowahrnehmung als oft gering eingestuft werden. Trotz geringer Testbereitschaft und oft mangelndem Kondomgebrauch sollte die Zielgruppe zurzeit nicht als Gruppe mit hohem Risikoverhalten eingestuft werden. Allerdings gibt es Untergruppen (junge Männer und Frauen, insbesondere der zweiten und dritten Generation, und albanisch Sprechende), welche ein hohes Potenzial haben, zukünftig zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko und erhöhter Exposition zu werden. Ihnen sollte bei der Ausarbeitung von Präventionsstrategien zukünftig vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Bei den Präventionsangeboten soll ein integrativer Ansatz verfolgt werden, um einer Stigmatisierung und Diskriminierung dieser Zielgruppe vorzubeugen und der gegenwärtigen Strategie des BAG nachzukommen. Wichtige Präventionsinhalte, wie die Anwendung von Kondomen, die freiwillige HIV-Testung, der Solidaritätsgedanke mit Betroffenen und Geschlechter spezifische Fragen in Bezug auf Sexualität sollen im Sinne der Gesundheitsförderung ganzheitlich und in weniger sensible Themen eingebettet angeboten werden. Die Arbeit in Schulen und Peer Education-Ansätze wie die MediatorInnenarbeit stehen im Vordergrund, um Jugendliche, Männer und Frauen der Zielgruppe zu erreichen. Komplementär bietet sich Sensibilisierungsarbeit über Massenmedien für ein breiteres Publikum an, wobei insbesondere versucht werden sollte, Mütter, welche eine wichtige Rolle in der Sexuaufklärung ihrer Kinder spielen, zu erreichen. Der Intergenerationen- und Intergeschlechterdialog zu diesen Themen soll gefördert werden.

Bei der Nutzung der Gesundheitsdienste und den Zugangsschwierigkeiten zu letzteren lassen sich ähnliche Problematiken wie bei anderen Migrantengruppen feststellen. Die laufenden Bestrebungen des BAG

^a Das Total beinhaltet auch MigrantInnen aus Albanien, welche nicht direkt zur untersuchten Zielgruppe gehören, aber kulturelle Ähnlichkeiten mit Untergruppen der Zielgruppe aufweisen.

und der Kantone sollten den Bedürfnissen dieser Zielgruppe entgegen kommen. Spezifische zusätzliche Interventionen erscheinen zum jetzigen Zeitpunkt nicht angezeigt.

Bestehende relevante Ressourcen und Angebote sollten allerdings besser bekannt und zugänglich gemacht werden, denn MigrantInnen aus dem Raum des ehemaligen Jugoslawiens sind durch die - im Vergleich zu den Heimatländern - höhere HIV-Prävalenz in der Schweiz und das zum Teil mangelnde Risikobewusstsein potenziell verstärkt gefährdet.

ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Die Studie sollte Antworten auf folgende Fragen liefern:

- Reicht das vorhandene Datenmaterial aus, um Aufschluss über die Situation und deren Entwicklung zu geben? Welche Probleme stellen sich hauptsächlich und welche neuen zeichnen sich ab?
- Sind genügend Daten vorhanden, um (wenn nötig) Massnahmen zu ergreifen?
- Genügt die gewählte Methode (Panel) den Anforderungen eines Überwachungssystems der zweiten Generation? Sollten Bevölkerungsumfragen durchgeführt werden?

- **Die gesammelten Informationen liefern ein genügend vollständiges Bild der Situation der drei untersuchten Zielgruppen .**
 - Die befragten ExpertInnen kennen die Lebensumstände dieser drei Zielgruppen, ihre Besonderheiten und ihre Vulnerabilität in Bezug auf HIV gut. Sie sind jedoch nicht immer in der Lage, Informationen aus systematischen, auf einer vertieften Untersuchung des Sexualverhaltens ihrer PatientInnen basierenden Datenerhebungen zu liefern.
 - Aus den gesammelten Informationen wird ersichtlich, dass die Situation sich ständig verändert. Bei den untersuchten Gruppen sind laufend Änderungen zu beobachten: rasch ansteigende Zahl der aus der Subsahara-Region stammenden Menschen, das sich ändernde Profil der Asylsuchenden aus dieser Region und der Einfluss politischer Entscheidungen auf ihre Lebensumstände; das Eintreffen von MigrantInnen aus neuen Staaten unter den Papierlosen; Eintritt der MigrantInnen der zweiten Generation ins Sexualleben, Heirat zwischen in der Schweiz niedergelassenen MigrantInnen und Personen, die noch in der Heimat der Angehörigen aus den Balkanstaaten leben.
 - Die **Kenntnisse** über die Zielgruppe der MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung sind in mancher Hinsicht noch **lückenhaft**. Abgesehen von der weiter oben erwähnten Anmerkung (gute Kenntnis der Situation innerhalb der Gruppe) – die hier ebenfalls gültig ist – betreffen diese Wissenslücken gewisse zahlenmässig unbedeutendere Volksgruppe, die praktisch keinen Kontakt mit den Versorgungsstrukturen haben. Die ExpertInnen wissen zwar von ihrer Existenz, können aber kaum etwas über die besonderen Risiken sagen, denen diese Gruppen ausgesetzt sind.
 - Die **MigrantInnen aus der Subsahara-Region** werden als besonders vulnerable Gruppe angesehen. Obschon dieser Personenkreis sehr heterogen ist (bezüglich Sprache, ausländerrechtlichem Status, HIV-Prävalenz im Herkunftsland), wird sie hinsichtlich des Risikos, das die Betroffenen bei Sexualkontakten eingehen, als homogen eingestuft. Das durch die Unterordnung der Frau geprägte Verhältnis zwischen den Geschlechtern spielt diesbezüglich eine wichtige Rolle. Ebenfalls wird auf die besonders schwierigen Lebensumstände eines Teils der Subsahara-MigrantInnen sowie auf die Folgen hingewiesen, die sich daraus für den Schutz vor einer Ansteckung mit HIV ergeben. Die besonders stark gefährdeten Teile dieser Zielgruppe sind die Asylsuchenden (deren Verfahren läuft oder abgewiesen worden ist), die Papierlosen, die unbegleiteten Minderjährigen sowie die männlichen und weiblichen Sexworker. Die Bedingungen, die den abgewiesenen Asylsuchenden auferlegt werden (Arbeitsverbot, Kürzung der Sozialhilfe), könnten deren Situation weiter verschlimmern und es wäre noch zweifelhafter, ob diese sich angemessen schützen würden.
 - Die Gruppe der **MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung** lässt sich in zwei Kategorien unterteilen: in die Gruppe der LateinamerikanerInnen – die Mehrheit, welche den ExpertInnen gut bekannt ist – und in zahlenmässig eher unbedeutende Volksgruppen, die aber im Hinblick auf die HIV-Prävention Anlass zur Sorge geben, da sie in einer sehr schwierigen Lage sind und kaum Kontakt mit den Versorgungsstrukturen haben. Man ist sich allgemein darüber einig, dass die sich illegal im Land aufhaltenden Personen riskante Verhaltensweisen praktizieren. Erklärt werden diese Verhaltensweisen in erster Linie durch die mannigfachen Schwierigkeiten, mit denen diese Zielgruppe konfrontiert ist, durch das Verhältnis zwischen den Geschlechtern (Unterordnung der Frau in der lateinamerikanischen Kultur) sowie durch die Prostitution und den intravenösen Drogengebrauch bei gewissen Minderheiten.

- Die **MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien** sind von der HIV/Aids-Epidemie zwar nur gering betroffen, aber ihre Vulnerabilität könnte zunehmen, wenn die Jugendlichen der zweiten und der dritten Generation ins Sexualleben eintreten. Denn zu diesem Personenkreis gehören einige problematischere Gruppen. Dies gilt insbesondere für die jungen Generationen, die zwischen zwei Wertesystemen aufwachsen, sowie für die Albanischsprachigen, deren Werte und Sitten einen wirksamen Schutz gegen HIV erschweren könnten. Das Verhältnis zwischen den Geschlechtern (Unterordnung der Frauen), die fehlende Thematisierung der Sexualität (in der Paarbeziehung und in der Familie) sowie die Diskriminierung von infizierten Menschen (oder sogar ihrer ganzen Familie) sind weitere Probleme, die es zu lösen gilt, will man die Bewältigung der Epidemie und ihrer Folgen verbessern.

- Die **gesammelten Informationen bestätigen, dass die untersuchten Zielgruppen mit Problemen in Zusammenhang mit HIV/Aids konfrontiert sind. Besonders brennend sind diese Probleme bei den MigrantInnen aus Subsahara-Afrika und bei den MigrantInnen ohne geregelten Aufenthalt. Weniger akut sind hingegen die Probleme von MigrantInnen, die aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien stammen. Man kann davon ausgehen, dass man über genügend Informationen verfügt, um Massnahmen zu ergreifen:**
 - **Auf Stufe der Primärprävention:**

Bisher waren die aus der Subsahara-Region stammenden Menschen in den an die Gesamtbevölkerung gerichteten Kampagnen noch nicht als Teil dieser Bevölkerung vertreten. Dies sollte nachgeholt werden, indem man beispielsweise auf den Plakaten usw. nebst den Menschen europäischer Herkunft auch Angehörige ihrer Gemeinschaft zeigt. Auf diese Weise könnten sich die Subsahara-MigrantInnen besser mit der Gesamtbevölkerung identifizieren – sich also nicht länger als (stigmatisierte) Sondergruppe betrachten – und sich an die Präventionsbotschaften halten.

 - **Auf Stufe der Sekundärprävention:**

Subsahara-MigrantInnen:
Für diesen Personenkreis sollten zielgruppenspezifische Aktionen lanciert oder verstärkt und weiterentwickelt werden. Die ExpertInnen haben aber auch darauf hingewiesen, dass die Gemeinschaft aus der Subsahara-Region relativ schwer zu erreichen ist und dass sie die Vereinigungen, die in dieser Gemeinschaft gegründet werden, zu wenig gut kennen. Der starke Zuwachs und die zusammengewürfelte Vielfalt der Gemeinschaft aus der Subsahara-Region sowie die häufig nur kurzlebigen Vereinigungen erfordern eine ständige Kontrolle und Koordination. Bevor ein Programm entwickelt wird, sollte man zuerst für die betreffenden Zielgruppen ein "Social Mapping" durchführen und abklären, wie man diese am besten erreichen kann. Sämtliche Interventionsaufträge sollten koordiniert werden, um zu vermeiden, dass alle Akteure sich auf die am leichtesten erreichbaren Gruppen konzentrieren. Zudem braucht es eine Evaluation, um die Reichweite und allfällige Lücken in der Abdeckung (d.h. Gruppen, die noch nicht angesprochen wurden) in Erfahrung zu bringen.
Den Menschen, die mit extrem bescheidenen Mitteln leben, sollten in den Treffpunkten und Durchgangszentren (zum Beispiel bei ärztlichen Konsultationen oder in den Unterkünften für Asylsuchende) gratis Kondome zur Verfügung gestellt werden.

MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung:
Diesen Menschen sollten auch an den Orten, die sie gewöhnlich aufsuchen (z.B. niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen) gratis Kondome zur Verfügung gestellt werden.

MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien:
Es wurde festgestellt, dass Eltern und Kinder zu wenig über die Sexualerziehung sprechen. Um diesen Dialog zu fördern, sollten die Kompetenzen der Mütter (denen dieser Aspekt der Erziehung häufig zufällt) gestärkt werden und zwar über die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

 - **Auf Stufe der Tertiärprävention:**

Diese Massnahmen betreffen sämtliche untersuchten Gruppen. In erster Linie wird es darum gehen, die Akteure – und ganz allgemein alle Personen, die in ihrer Arbeit mit MigrantInnen zu

tun haben – darin zu unterweisen, wie sie die Sexualität zu Sprache bringen können. Zu diesem Zweck sollten sich die Akteure mit dieser Art von Interventionen vertraut machen (Ausbildung) und zudem sollte man sie ermuntern, diese in ihrer beruflichen Praxis anzuwenden (Förderung). Diese Ebene der Präventionsarbeit (persönliche Beratung) erfordert ein hohes Mass an Dialogfähigkeit, was manchmal nur unter Beizug von Dolmetschern erreicht werden kann. Daher müssen Massnahmen ergriffen werden, um Personen für solche Einsätze zur Verfügung zu stellen und zu schulen (Kostenübernahme).

- Die gewählte Methode (Panel) wird als zufriedenstellend erachtet, genügt aber nicht, um die Anforderungen eines Überwachungssystems der zweiten Generation zu erfüllen. Mit Hilfe der Panels konnten unter anderem Probleme erkannt und die besonders vulnerablen Bevölkerungssegmente erfasst werden. Die Methode bietet den Vorteil, dass sie sich flexibel an die Entwicklung der Situation anpassen lässt (Aufnahme oder Ausscheiden von Teilnehmern). Mit der Panelmethode liess sich jedoch nicht feststellen, welches Ausmass diese Probleme aufweisen. Daher sollte die Methode verfeinert werden, damit die ExpertInnen die ihnen zugewiesene Funktion besser erfüllen können.

Massnahmen können auf zwei Ebenen ergriffen werden:

□ *Bei den Institutionen*

Es fehlen systematisch erhobene Daten zu gewissen Dimensionen des Problems. Die von den ExpertInnen gelieferten Informationen sind zu allgemein, was zwar ausreicht, um das Vorhandensein eines Problems festzustellen. Sie sind aber unzureichend, wenn es gilt, die Art, die Dringlichkeit und das Ausmass des Problems exakt zu beurteilen. Dieser Mangel liesse sich durch das Sammeln von einigen klinischen Daten oder verhaltensbezogenen Informationen beheben, wobei auch die geografische Herkunft und der Aufenthaltsstatus (für die Papierlosen) der betreffenden Personen angegeben werden sollten.

□ *Auf persönlicher Ebene*

Will man Informationen über das Sexualverhalten und die Schutzmassnahmen gegen sexuell übertragbare Infektionen sammeln, so setzt dies voraus, dass die ExpertInnen das Thema der Sexualität sachkundig und konsequent ansprechen. Für die Wiederholung der Panel-Befragung im Jahr 2007 werden die ExpertInnen auf diese Notwendigkeit aufmerksam gemacht.

KONSEQUENZEN DIESER FESTSTELLUNGEN FÜR DIE VERSCHIEDENEN ZIELGRUPPEN

Subsahara-MigrantInnen

- Die verfügbaren Informationen reichen aus, um Massnahmen zu ergreifen.
- Das eingerichtete Überwachungssystem sollte beibehalten werden, aber bei den Institutionen sowie bei den persönlichen Interventionen verbessert werden. Man wird die ExpertInnen entsprechend unterrichten.
- Die Panel-Befragung soll 2007 wiederholt werden.

Sollten Umfragen unter der Bevölkerung durchgeführt werden? Nicht zum jetzigen Zeitpunkt. Man sollte jedoch die **Durchführung kleinerer «Sentinella-Befragungen» in Betracht ziehen, und zwar in den Einrichtungen, die von den Personen aus der Subsahara aufgesucht werden** (z.B. in den Polikliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe). Dazu sollten Sondermittel gewährt werden.

MigrantInnen ohne Aufenthaltsbewilligung

- Die verfügbaren Informationen reichen aus, um Massnahmen zu ergreifen.
- Die biologische Überwachung könnte einige Angaben beisteuern (obschon hier der Aufenthaltsstatus nicht angegeben wird), wogegen man das Verhaltensmonitoring aufgeben kann.

- Die Zusammensetzung dieser Personengruppe variiert von Region (Stadt) zu Region sehr stark. Daher sollten die Probleme lokal angegangen werden. Die Panelmethode sollte auch auf kantonaler Ebene durchgeführt werden (über die lokalen Aids-Stellen), um sich neu abzeichnende Probleme bei diesen Gruppen der Bevölkerung zu entdecken.

MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien

- Die verfügbaren Informationen reichen aus, um Massnahmen zu ergreifen.
- Die biologische Überwachung reicht aus, um zu beurteilen, wie bei dieser Personengruppe läuft.
- Die wesentlichen Probleme sind bei der 2. und der 3. Migrantengeneration zu finden; der Eintritt in die Schule wird es den jungen MigrantInnen ermöglichen, sich mit dem Thema HIV/Aids und der entsprechenden Prävention vertraut zu machen. Zudem könnte diese Zielgruppe in den periodischen Befragungen der Gesamtbevölkerung untersucht und beobachtet werden.

1 INTRODUCTION

L'Office fédéral de la santé publique procède depuis 1987 à une évaluation globale de sa stratégie de lutte contre le VIH/sida. Dans ce contexte, il fait réaliser un monitoring à long terme de divers indicateurs de processus et de résultats.

Le système de surveillance biologique contribue à l'évaluation globale. Il permet de recueillir des informations sur les nouvelles infections diagnostiquées, les déclarations de sida (maladies opportunistes apparaissant suite aux déficiences immunitaires provoquées par le virus) et les déclarations de décès imputables au VIH. Un autre pôle de la surveillance mise en place par l'OFSP consiste à comprendre et documenter les facteurs – notamment comportementaux – que l'OMS et ONUSIDA ont défini et conseillent de mettre en place¹. La surveillance des sous-populations affectées d'un risque important d'infection figure parmi les objectifs de ces systèmes de surveillance de deuxième génération.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) souhaite consolider son dispositif de surveillance dans le sens suggéré par ces deux organismes². Dans ce cadre, des études qualitatives sont réalisées auprès de populations particulièrement difficiles à atteindre par les études auprès de la population générale ou par des enquêtes spécifiques. L'OFSP voue une attention particulière aux problèmes de santé associés au phénomène de la migration. Au terme d'une enquête menée auprès de tous les acteurs concernés, il a défini les axes de la politique qu'il entend déployer dans la perspective d'améliorer l'égalité des chances en matière d'accès à des prestations de santé adaptées³. La présente étude porte sur trois de ces populations.

1.1 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

- Contribuer à combler les lacunes existant actuellement dans la connaissance de l'exposition au risque de certains groupes de migrants :
 - en dressant un état des connaissances concernant les segments de population en cause et en identifiant les lacunes
 - en consultant des informateurs proches des groupes de migrants concernés (intervenants sanitaires et sociaux, membres des groupes concernés, etc.) au sujet de leur perception de la situation actuelle (identification des problèmes existants) et des problèmes émergents.
- Déterminer :
 - si les données à disposition sont suffisantes pour se prononcer sur la situation et son évolution et pour agir si nécessaire (mettre sur pied des actions)
 - si la façon de procéder est suffisante dans le cadre d'une surveillance de deuxième génération
 - s'il convient de procéder à des enquêtes de population.

2 METHODOLOGIE

2.1 POPULATIONS ETUDIEES

Trois populations ont été choisies :

1. Les migrants subsahariens : cette population provient de pays à épidémie généralisée ; le problème par rapport au VIH/sida est avéré. La situation particulière de cette population a déjà attiré l'attention de l'OFSP. Une évaluation rapide a été rédigée à sa demande⁴.
2. Les migrants en situation irrégulière : cette population n'est pas définie par son origine mais par sa situation précaire. Les membres de ce groupe pourraient être confrontés à des problèmes en matière de VIH/sida du fait de leur manque d'intégration et d'un accès limité au dispositif sanitaire.
3. Les migrants des Balkans : ils forment le groupe le plus important de personnes de nationalité étrangère vivant en Suisse. Leurs comportements et besoins en regard de l'épidémie de VIH n'ont fait jusqu'à ce jour l'objet d'aucune évaluation.

Les migrants subsahariens et les migrants en situation illégale sont relativement nombreux en Suisse romande. Ils sont étudiés dans les cantons de Genève et de Vaud. Les migrants des Balkans sont bien représentés en Suisse alémanique. Cette partie du mandat ayant été attribuée à l'Institut Tropical Suisse de Bâle, c'est la situation prévalant dans les deux demi-cantons de Bâle-Ville et Bâle-Campagne qui a été retenue en raison de sa bonne connaissance du terrain et d'un accès facilité aux experts.

2.2 DEROULEMENT DU PROJET

Le projet s'est déroulé en deux phases :

1. Phase exploratoire
 - entretiens avec une série d'informateurs-clés
 - collecte de données non publiées sur les groupes concernés
 - sélection du panel d'experts
2. Premiers panels d'experts : en décembre 2004 pour les migrants subsahariens et les clandestins et en mars 2005 pour les migrants des Balkans
 - réunion d'experts (panel) invités à s'exprimer sur la base d'une synthèse de l'information rassemblée durant la phase exploratoire
 - synthèse de l'information récoltée lors des panels
 - rapport au mandant (OFSP) et feed-back au panel d'experts

Une deuxième série de panels d'experts est prévue en 2007.

En Suisse alémanique, la phase exploratoire a été réduite. La méthode utilisée est décrite dans le chapitre 5.

2.3 SOURCES D'INFORMATIONS

2.3.1 Sources bibliographiques

Les informations concernant la recherche bibliographique fournies ci-dessous se réfèrent aux populations subsahariennes et aux migrants sans statut légal. Les informations relatives à la recherche bibliographique concernant les migrants d'origine balkanique sont présentées à la section 5.3.

La consultation des bases de données Medline, Psyclit et Sociofile a permis de repérer la littérature consacrée aux populations subsahariennes et aux migrants sans statut légal dans leurs rapports avec le VIH/sida, les IST et, plus généralement, avec la santé et la maladie. Les experts consultés ont signalé des

documents relevant de la « littérature grise ». Cette liste a été complétée par des recherches entreprises au moyen de Google.

L'Office fédéral des migrations a fourni une statistique détaillée de la population des migrants subsahariens. Les informations démographiques concernant les demandeurs d'asile subsahariens ont été obtenues sur le site du Département fédéral de justice et police. Les données démographiques cantonales ont été obtenues sur les sites Internet des cantons de Genève et Vaud.

Des informations épidémiologiques concernant le VIH/sida parmi les populations étudiées en Suisse romande ont été mises d'une part à disposition par les experts interviewés durant la phase exploratoire et par les panélistes, et d'autre part par l'OFSP (M. Gebhardt) ainsi que par la Cohorte suisse VIH (H. Bucher et T. Glass à Bâle).

2.3.2 Informateurs de la phase exploratoire

En Suisse romande, une cinquantaine d'informateurs-clé (voir liste dans la section 7.2) ont été contactés durant la phase exploratoire de l'étude pour fournir des informations au sujet des migrants d'origine subsaharienne et des personnes vivant en Suisse sans statut légal. Certains ont été recrutés au sein des structures sanitaires ou sociales délivrant des prestations à ces populations. D'autres appartenaient au monde scientifique. Enfin, des informateurs provenaient des communautés concernées elles-mêmes. La méthode de recrutement a consisté à s'adresser à des personnes déjà connues des chercheurs puis, à travers elles, à identifier et à prendre contact avec d'autres informateurs potentiels (méthode « boule de neige »).

Les informateurs ont été interrogés dans le cadre d'entretiens en face-à-face ou téléphoniques à l'occasion desquels ils ont été notamment invités à répondre aux questions suivantes :

- Disposent-ils de données, relevées de routine ou non, concernant la santé sexuelle des migrants ?
- Peuvent-ils les mettre à disposition ? Sous quelle forme ?
- Sur quel(s) thème(s) auraient-ils besoins de plus d'informations ?
- A leur avis, quels sont les principaux problèmes actuels par rapport au VIH (et aux migrants) ?
- Voient-ils des problèmes émergents ?

En fonction de leurs apports et de leurs connaissances spécifiques (mises en évidence lors de la phase exploratoire), certains informateurs ont été choisis pour participer au panel en qualité d'experts.

En Suisse alémanique (recherche concernant la population d'origine balkanique), la phase exploratoire a été réduite. Outre les panélistes, quatorze personnes ont été interrogées téléphoniquement et huit par e-mail.

2.3.3 Panélistes

Panel migrants subsahariens et clandestins

Le panel est composé de quatorze experts. Ces informateurs sont en mesure de s'exprimer à propos des migrants subsahariens ou des migrants clandestins, voire au sujet des deux groupes. Ils ont été choisis sur la base de leur connaissance des groupes concernés ou de leur accès à ces groupes. Ils sont actifs aux niveaux 2 (groupes spécifiques) ou 3 (conseil individuel) de la prévention. Trois experts sont issus de la communauté subsaharienne. La liste nominative des panélistes figure dans la section 7.2.

Actifs au niveau 2 de la prévention :

- une responsable d'une association s'adressant à des prostituées
- une responsable d'une association de femmes séropositives africaines, appartenant elle-même à la communauté subsaharienne

- une médiatrice d'Afrimedia appartenant à la communauté subsaharienne (active aussi au niveau 3 en tant qu'infirmière d'un centre de tests anonymes)
- un ethnologue, médiateur d'Afrimedia, appartenant à la communauté subsaharienne.

Actifs au niveau 3 de la prévention :

- un médecin gynécologue (policlinique gynécologique)
- un médecin gynécologue (centre de planning familial)
- un médecin responsable d'une unité mobile de soins pour personnes sans-papiers
- un médecin responsable de l'unité 'populations vulnérables' d'une polyclinique médicale
- un médecin s'occupant de demandeurs d'asile
- un médecin s'occupant de demandeurs d'asile mineurs non accompagnés et de jeunes clandestins
- une conseillère en planning familial
- une infirmière responsable du réseau s'occupant des demandeurs d'asile
- une infirmière d'un centre de tests anonymes (médiatrice d'Afrimedia)
- une femme pasteur d'un ministère sida
- un médecin travaillant dans un département de maladies infectieuses (absent le jour du panel mais désirant rester dans le panel).

Le panel a eu lieu le 14 décembre 2004 à Genève. La discussion a duré quatre heures. Elle a été enregistrée et retranscrite.

Panel migrants des Balkans

Le panel était composé de 15 experts issus du secteur de la santé, des organisations de migrants, des services sociaux et de prévention, des médiateurs et des autorités. La liste nominative des panélistes figure dans la section 7.4.

Actifs au niveau 2 de la prévention :

- deux intervenantes d'une structure dédiée à la prévention du VIH/sida (dont une médiatrice bien documentée sur la population originaire du Kosovo)
- une intervenante d'une structure dispensant des cours à des migrants (bien documentée sur la population originaire de Bosnie)
- une intervenante d'une structure dédiée à la prévention des toxicomanies (bien documentée sur la population originaire du Kosovo)
- la directrice d'un centre de rencontre multiculturel.

Actifs au niveau 3 de la prévention :

- un médecin travaillant dans un service de psychiatrie (membre de la communauté albanophone)
- un médecin libre-praticien bien documenté sur la population originaire du Kosovo
- un médecin de la polyclinique dermatologique d'un hôpital universitaire (membre d'une communauté d'origine balkanique)
- une collaboratrice de la consultation VIH/sida d'un hôpital universitaire
- un médecin de la polyclinique médicale d'un hôpital universitaire
- un gynécologue libre praticien (lui-même enfant de parents originaires de Serbie)
- une femme médecin d'une polyclinique gynécologique.

Ont été en outre associés au panel :

- un collaborateur d'un séminaire universitaire d'ethnologie
- un médecin cantonal (femme)
- une collaboratrice du service « migration et intégration » d'une administration cantonale.

Le panel a eu lieu à Bâle le 14 mars 2005. La discussion a été enregistrée et retranscrite.

Questions aux deux groupes de panélistes

Les questions posées aux panélistes étaient les suivantes :

- Quelles sont vos observations et/ou données à propos de l'exposition au risque VIH/sida dans les populations étudiées ?
- Quelles sont vos observations et/ou données à propos des problèmes actuels et émergents ?
- Dispose-t-on d'assez d'informations pour agir ?
- Quelles sont les lacunes ?
- Comment agir ?

Pour l'analyse, les propos des experts interviewés en Suisse romande lors de la phase exploratoire ont été intégrés à ceux des panélistes.

3 RESSORTISSANTS D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

3.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

3.1.1 Statistiques officielles

S'agissant des étrangers, les statistiques de population sont construites autour de leur statut au regard des lois sur l'immigration^a. Les statistiques fédérales distinguent quatre statuts : les résidents non permanents, les personnes au bénéfice d'un permis de courte durée^b, les personnes au bénéfice d'un permis de séjour et les « établis ».

Tableau 1 Population résidente permanente^c d'origine subsaharienne domiciliée en Suisse — situation à fin 1999 et fin 2004

Pays d'origine	1999	2004	Pays d'origine	1999	2004
Sud			Ouest		
Afrique du Sud	840	1159	Bénin	110	181
Angola	1359	2135	Burkina Faso	110	270
Botswana	1	7	Cap-Vert	949	1034
Lesotho	3	2	Côte-d'Ivoire	536	1044
Malawi	4	11	Gambie	135	371
Mozambique	30	45	Ghana	880	1135
Namibie	14	16	Guinée	214	442
Swaziland	6	5	Guinée-Bissau	30	40
Zambie	19	29	Libéria	101	106
Zimbabwe	119	132	Mali	84	117
Est			Mauritanie	31	36
Burundi	228	270	Niger	30	35
Djibouti	4	3	Nigeria	732	1197
Erythrée	529	732	Sao Tomé, Príncipe	1	2
Ethiopie	805	946	Sénégal	611	1084
Kenya	819	1103	Sierra Leone	49	103
Ouganda	150	155	Togo	290	528
Rwanda	321	442	Centre		
Somalie	690	1467	Cameroun	1406	3144
Soudan	258	352	Congo	244	364
Tanzanie	93	125	Gabon	42	47
Océan Indien			Guinée Equatoriale	12	5
Comores	3	7	République Centrafricaine	18	31
Madagascar	322	490	République démocratique Congo	2759	3338
Maurice	790	827	Tchad	53	77
Seychelles	84	67			

Source : Office fédéral des migrations

Le Tableau 1 présente l'appartenance nationale des ressortissants des pays d'Afrique subsaharienne qui résidaient en Suisse à fin 1999 et fin 2004 au bénéfice d'un permis d'établissement, d'un permis de séjour ou d'un permis de séjour de courte durée valable pour au moins douze mois. En revanche, il ne fournit aucune indication concernant les Subsahariens ayant acquis la nationalité suisse par mariage ou au terme

^a Loi sur le séjour et l'établissement des étrangers d'une part et loi sur l'asile d'autre part.

^b Moins de douze mois.

^c Selon la définition de l'ODM, la population permanente est composée des ressortissants étrangers qui résident en Suisse durant au moins une année et qui sont au bénéfice de l'une des trois autorisations suivantes : permis d'établissement ; permis de séjour et permis pour séjour de courte durée égal ou supérieur à douze mois.

d'une procédure 'ordinaire' de naturalisation, les Subsahariens entrés en Suisse en qualité de demandeurs d'asile (quel que soit le stade de la procédure^a) et les Subsahariens en situation irrégulière. Suivant la classification d'ONUSIDA, on a considéré que l'Afrique subsaharienne était représentée par l'ensemble des États africains à l'exception de l'Algérie, de l'Égypte, de la Libye, du Maroc, du Sahara occidental et de la Tunisie.

A l'échelon suisse, la population résidente permanente originaire d'Afrique subsaharienne est passée de 16'918 personnes en 1999 à 25'258 personnes en 2004, soit un accroissement de 49.3% (Tableau 1). En 2004, la proportion des femmes s'élevait à 47.5% de l'ensemble de la population décrite dans le Tableau 1. Les jeunes de moins de 16 ans formaient 22% du groupe et ceux âgés de 16 à 20 ans 7.2%.

Tableau 2 Population résidente permanente d'origine subsaharienne domiciliée dans le canton de Genève à fin 2004

Pays d'origine	Genève	Pays d'origine	Genève
Sud		Ouest	
Afrique du Sud	246	Bénin	154
Angola	833	Burkina Faso	181
Botswana	24	Cap-Vert	109
Lesotho	13	Côte-d'Ivoire	434
Malawi	18	Gambie	56
Mozambique	30	Ghana	405
Namibie	17	Guinée	419
Swaziland	7	Guinée-Bissau	16
Zambie	62	Libéria	54
Zimbabwe	127	Mali	114
Est		Mauritanie	36
Burundi	166	Niger	40
Djibouti	7	Nigeria	380
Erythrée	344	Sao Tomé, Principe	0
Ethiopie	650	Sénégal	693
Kenya	353	Sierra Leone	94
Ouganda	168	Togo	235
Rwanda	191	Centre	
Somalie	975	Cameroun	871
Soudan	225	Congo	157
Tanzanie	149	Gabon	49
Océan Indien		Guinée Equatoriale	3
Comores	3	République Centrafricaine	13
Madagascar	272	République démocratique du Congo	1218
Maurice	201	Tchad	35
Seychelles	11		

Sources : Statistique Genève (www.geneve.ch/statistiques)

L'effectif des résidents permanents subsahariens vivant dans le canton de Genève représentait 10'858 personnes à fin 2004 (Tableau 2). Pour sa part, le canton de Vaud ne publie pas de statistique par nationalité^b. Sachant que la population résidente africaine s'y montait à 5'514 personnes au 31 décembre 2003 sans tenir compte des Algériens, des Marocains et des Tunisiens, on peut grossièrement estimer à 5'000 l'effectif des ressortissants de pays d'Afrique subsaharienne. Avec un total d'environ 16'000 personnes, près de deux tiers des résidents permanents d'Afrique subsaharienne vivant en Suisse sont domiciliés en région lémanique.

Comparées aux données concernant la population résidente permanente, les informations concernant les demandeurs d'asile doivent être considérées avec prudence. Ainsi, à fin 2004, la statistique fédérale

^a NEM (demandeurs d'asile dont la requête a fait l'objet d'une décision de non-entrée en matière) y compris.

^b Pour l'Afrique, la statistique vaudoise (publiée) distingue l'Algérie, le Maroc, la République démocratique du Congo, la Tunisie et les « autres pays d'Afrique ». Source : www.scris.vd.ch.

comprenait un effectif de 2'160 demandeurs dont les autorités ignoraient l'État ou le continent de provenance. La population des demandeurs d'asile semble relativement mobile et ses déplacements sont mal connus. Les villes représentent un pôle d'attraction pour une partie de ces personnes. Compte tenu de la concentration des ressortissants d'Afrique subsaharienne en région lémanique, il paraît légitime d'avancer que les demandeurs d'asile provenant de cette partie du continent africain (soit 15'940 personnes) y sont surreprésentés (Tableau 3).

Tableau 3 Effectif des ressortissants d'Afrique subsaharienne dans le processus d'asile — situation à fin 2004

Pays d'origine		Pays d'origine	
Sud		Ouest	
Afrique du Sud	17	Bénin	52
Angola	2907	Burkina Faso	58
Botswana	-	Cap-Vert	-
Lesotho	-	Côte-d'Ivoire	269
Malawi	1	Gambie	21
Mozambique	-	Ghana	20
Namibie	-	Guinée	997
Swaziland	-	Guinée-Bissau	60
Zambie	-	Libéria	136
Zimbabwe	30	Mali	109
Est		Mauritanie	25
Burundi	128	Niger	73
Djibouti	-	Nigeria	767
Erythrée	995	Sao Tomé, Principe	-
Ethiopie	1717	Sénégal	16
Kenya	46	Sierra Leone	176
Ouganda	-	Togo	372
Rwanda	118	Centre	
Somalie	3928	Cameroun	-
Soudan	218	Congo	97
Tanzanie	-	Gabon	16
Océan Indien		Guinée Equatoriale	6
Comores	1	République Centrafricaine	9
Madagascar	16	République démocratique du Congo	2509
Maurice	-	Tchad	30
Seychelles	-		

Source : Office fédéral des migrations

Le programme d'économies 2003 de la Confédération a privé les demandeurs d'asile frappés par une décision exécutoire de non-entrée en matière des aides qui leur étaient auparavant accordées en application de la loi sur l'asile. Entrée en vigueur en 2004, cette décision fait l'objet d'un monitoring destiné à documenter ce que deviennent ces personnes^a. A ce jour, les données recueillies indiquent que seule une faible proportion d'entre elles ont recouru à l'assistance minimale offerte en application de l'article 12 de la Constitution fédérale. Par ailleurs, si peu de départs de Suisse ont été formellement enregistrés, les services officiels ignorent à peu près tout des personnes dont ils ont perdu la trace. Les ONG actives dans les secteurs social et sanitaire estiment que nombre de ces personnes vivent clandestinement dans les principales localités du pays où elles pourraient recourir à des réseaux d'entraide plus ou moins formels ou vivre d'expédients (petits délits, trafic de stupéfiants, prostitution).

Dernière en date des études consacrées aux migrants en situation irrégulière vivant en Suisse, l'étude de Longchamp et al.⁵ demeure muette quant aux ressortissants des pays d'Afrique subsaharienne (effectif et distribution géographique).

^a Rapports périodiques accessibles sur le site de l'Office fédéral des migrations (www.bfm.admin.ch).

A l'échelon de la seule agglomération lausannoise, Valli⁶ mentionne la présence de ressortissants de pays d'Afrique subsaharienne parmi les migrants en situation irrégulière mais n'en chiffre pas l'effectif. La plupart sont originaires de l'Afrique de l'Ouest (Sierra Leone, Guinée, etc.). Il s'agirait de personnes plutôt au courant des possibilités de prise en charge et qui ont pu se constituer un réseau de connaissances, la plupart du temps circonscrit aux ressortissants de leurs pays d'origine. Valli décrit ce groupe comme avant tout constitué de jeunes célibataires dont une partie vont et viennent entre différents cantons ou pays, travaillant au gré des possibilités du moment.

La population subsaharienne est très loin de présenter un visage uniforme. Nationalité, sexe, âge, durée du séjour en Suisse et nature du statut (ou absence de statut) en regard des lois sur l'immigration forment un premier groupe de critères de différenciation auxquels il serait assez facile d'accéder en utilisant des sources officielles. En revanche, langue, origine culturelle, religion, niveau de formation, situation face à l'emploi et niveau socio-économique ne sont pas accessibles dans les bases statistiques les plus communes. Ainsi que le relèvent Kessler et al.⁷, le fait d'avoir migré (confrontation avec une culture inconnue) constitue probablement un des rares points communs de cette population encore que cette qualité de migrant ne puisse pas être reconnue à toutes les personnes enregistrées dans ces statistiques (situation des personnes nées en Suisse de parents de nationalité étrangère).

3.1.2 Informations démographiques fournies par les experts

... des contacts avec une partie seulement des Subsahariens vivant en région lémanique

Les informateurs consultés sont actifs dans des organismes au sein desquels la population subsaharienne est la plupart du temps représentée par des individus rencontrant des difficultés particulières : demandeurs d'asile vivant une transition culturelle plus ou moins brutale, personnes infectées par le VIH (séropositifs ou malades du sida), migrants en situation irrégulière, patients aux ressources financières modestes s'adressant à la médecine publique en raison de sa plus grande accessibilité pour les personnes disposant de moyens limités. Cette population ne représente qu'une partie des Subsahariens vivant en région lémanique. Elle est toutefois, a priori, la plus vulnérable.

... inégalité des rapports homme-femme

Le thème VIH/sida conduit les informateurs à mettre l'accent sur le domaine de la sexualité. A cet égard, le déséquilibre des rapports hommes/femmes en matière de gestion de la vie sexuelle (décisions en matière de procréation, de prévention des grossesses, de recours au préservatif ou de pratiques sexuelles) est souvent évoqué. Les femmes subsahariennes sont la plupart du temps décrites comme subordonnées ou soumises à leurs partenaires masculins. Cette sujétion s'exprime à la fois par l'acceptation de relations non protégées (le préservatif est réputé réduire le plaisir masculin et il est considéré comme l'apanage des femmes de mœurs légères) ainsi que par des relations principalement orientées vers la procréation (en raison de la fonction reproductrice dévolue à la femme et de la valeur attachée aux enfants – perçus comme les soutiens économiques de leurs parents lorsque ceux-ci vieillissent).

La dépendance des femmes s'exprime aussi à travers une forme particulière de regroupement familial qui consiste à choisir son épouse dans son pays d'origine. A leur arrivée, les « fiancées » africaines sont souvent soumises à des contrôles sanitaires à la demande de ceux qui les ont appelées en Suisse, contrôles auxquels les « fiancés » eux-mêmes ne se soumettent pas. Elles sont menacées d'être renvoyées si elles se révèlent séropositives ou si elles ne font pas preuve de suffisamment de soumission. Leur subordination à l'égard du partenaire masculin est encore accrue par leur isolement social (méconnaissance du pays d'accueil, de sa langue, de son organisation sociale, politique et juridique, réseau social restreint) et par leur dépendance économique (aucune ressource propre, peu de débouchés professionnels pour les femmes dépourvues de formation).

... des personnes souvent traumatisées

Le flux migratoire qui conduit les Subsahariens vers la Suisse est notamment alimenté par les conflits qui caractérisent une partie du continent africain. L'instabilité politique, les exactions frappant la population civile, les violences plus particulièrement dirigées contre les femmes et la misère économique poussent

vers la Suisse des personnes souvent traumatisées par ce qu'elles ont vécu dans leur pays et sur la route de l'exil.

... une majorité de jeunes hommes seuls et relativement peu formés

Les facteurs qui poussent à émigrer vers l'Europe (i.e. les menaces pesant sur l'existence en raison des conflits et des mauvaises conditions économiques) contribuent à sélectionner la population migrante. Elle est la plupart du temps décrite comme majoritairement constituée d'hommes jeunes (également des mineurs non accompagnés) et célibataires. La tendance décrite par les informateurs comporte aussi une composante « bas niveau de formation ».

... une population au statut souvent précaire et généralement paupérisée

D'une manière générale, les informateurs sont au contact d'une population très majoritairement pauvre. Comprenant une proportion élevée de demandeurs d'asile ou de migrants en situation irrégulière, les patients et usagers des informateurs ne disposent la plupart du temps que de ressources très limitées et souvent irrégulières. Leurs conditions de logement sont souvent très précaires (logements communautaires des demandeurs d'asile, logements exigus partagés par plusieurs migrants en situation irrégulière). Très rarement assurés contre la maladie et les accidents – moins de 5% selon les experts – les migrants en situation irrégulière se caractérisent en outre par leurs difficultés d'accès au système de santé (soins et prévention).

Les demandeurs d'asile avec décision exécutoire de non-entrée en matière inspirent passablement d'inquiétude aux informateurs. Ils sont nombreux parmi les ressortissants de pays d'Afrique subsaharienne. Leur effectif tend à augmenter. Il s'agit d'un groupe particulièrement précarisé^a dont personne ne connaît au juste ni l'effectif ni les conditions d'existence. Ces dernières paraissent encore plus difficiles que celles des clandestins sud-américains.

... de nombreuses associations

Les informateurs relèvent l'existence d'associations à caractère principalement national (camerounaise, congolaise, sénégalaise, éthiopienne, érythréenne) tout en notant qu'elles sont généralement caractérisées par un niveau assez faible de cohésion interne ainsi que par une durée de vie plutôt brève. Certains mentionnent en outre l'existence de groupes nettement plus solidaires (mais probablement pas identifiables de manière officielle) pratiquant des formes traditionnelles d'entraide (« ristourne », « tontine »). Ils sont généralement constitués de femmes partageant la même confession.

... de nombreux groupements à caractère confessionnel

Les informateurs s'accordent à dire que les communautés confessionnelles sont particulièrement importantes à la fois par le nombre des personnes qu'elles attirent et par leur influence sur la vie de leurs adhérents. Pour une part, la population décrite par les informateurs apparaît fortement sous l'influence de prédicateurs qui, tirant une partie de leurs ressources et de leur crédibilité de la sujétion dans laquelle ils maintiennent leurs paroissiens (et surtout leur paroissiennes) résistent à l'intervention de ceux qui, en tenant un langage ouvert à la prévention et à une capacité accrue d'autodétermination en matière de sexualité (pour les femmes surtout) sont perçus comme menaçant leur autorité fondée sur le respect de la tradition et leur interprétation littérale de la religion.

^a La Confédération n'alloue aucune aide financière à cette population. Les demandeurs d'asile avec non-entrée en matière (NEM) peuvent toutefois se prévaloir de l'art. 12 de la Constitution fédérale qui leur garantit une aide permettant de couvrir leurs besoins élémentaires. Les cantons sont chargés de son application. L'interprétation de cette obligation varie de canton à canton. Depuis juillet 2005, le canton de Vaud les met au bénéfice d'un soutien analogue à celui accordé aux demandeurs d'asile (logement + prestations sanitaires + 12.30 francs par jour pour leur nourriture et autres besoins). Les demandeurs d'asile avec NEM sont affiliés à une caisse maladie (par les soins de la fondation qui en a la charge). Ils ont droit aux mêmes prestations médicales que les demandeurs d'asile.

L'emprise religieuse (dans une dimension plus internalisée cette fois) est particulièrement forte chez les musulmans dont la foi réprovoque les relations hors mariage et qui, de ce fait, se trouvent souvent dans l'incapacité d'aborder ces questions avec les intervenants.

... une vision plutôt « en creux » et « homogénéisante » de la population subsaharienne

La grande hétérogénéité de la communauté d'origine subsaharienne ne ressort pas toujours clairement des propos des informateurs. Si une partie de ceux-ci ont fait état de différences qui distinguent certains sous-ensembles et traduisent ainsi la diversité de cette population, l'impression subsiste toutefois que les Subsahariens sont souvent regardés comme un groupe peu différencié.

3.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

3.2.1 L'épidémie VIH en Afrique subsaharienne

Dans son rapport 2004 sur l'épidémie mondiale de sida⁸, ONUSIDA estime à 25.4 millions (sur un total mondial de 37.8 millions) les personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne. Parmi elles, 23.1 millions sont âgées de quinze à quarante-neuf ans. Les femmes paient un tribut particulièrement lourd à l'épidémie : 13.3 millions de personnes infectées sont des femmes ou des jeunes filles. Elles représentent ainsi 57% des adultes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne. Les plus jeunes d'entre elles sont particulièrement touchées, la proportion de celles infectées par le VIH représentant 75% du groupe des 15-24 ans⁹. Le Tableau 4 montre la grande diversité de l'épidémie de VIH/sida en Afrique subsaharienne. Elle fait notamment apparaître des prévalences extrêmement élevées dans les pays d'Afrique australe. Cette situation conduit les spécialistes à déclarer qu'il n'existe pas une mais plusieurs épidémies de VIH/sida⁹⁻¹¹.

Tableau 4 Afrique subsaharienne : Prévalence du VIH estimée chez l'adulte (15-49 ans) à fin 2003

Sud	Est	Centre	Ouest	Océan indien
Afrique Sud (21.5%)	Burundi (6%)	Cameroun (6.9%)	Bénin (1.9%)	Madagascar (1.7%)
Angola (3.9%)	Erythrée (2.7)	Congo (4.9%)	Burkina Faso (4.2%)	
Botswana (37.3%)	Ethiopie (4.4%)	Gabon (8.1%)	Côte d'Ivoire (7%)	
Lesotho (28.9%)	Kenya (6.7%)	Guinée Equat. (-)	Gambie (1.2%)	
Malawi (14.2%)	Ouganda (4.1%)	R. centrafr. (13.5%)	Ghana (3.1%)	
Mozambique (12.2%)	Ruanda (5.1%)	RD Congo (4.2%)	Guinée (3.2%)	
Namibie (21.3%)	Somalie (-)	Tchad (4.8%)	Libéria (5.9%)	
Swaziland (38.8%)	Tanzanie (8.8%)		Mali (1.9%)	
Zambie (16.5%)			Mauritanie (0.6%)	
Zimbabwe (24.6%)			Niger (1.2%)	
			Nigeria (5.4%)	
			Sénégal (0.8%)	
			Sierra Leone (-)	
			Togo (4.1%)	

Source : ONUSIDA⁸

Autres infections sexuellement transmissibles

Les infections sexuellement transmissibles sont fréquentes. Leur prévalence varie souvent d'une région à l'autre. Une étude comparant la situation prévalant dans quatre villes d'Afrique occidentale montre que la prévalence de la syphilis varie de 1.2% à 14%, les cas d'herpès de 29.5% à 67.7%, les cas de gonorrhée de 0.9% à 2.7%, les infections à chlamydia de 1.3% à 9.4% et les infections à trichomonas de 3.2 à 34%¹². En

Zambie, 200 000 personnes consultent annuellement pour des MST dont plus de la moitié pourraient être séropositives¹³.

3.2.2 L'épidémie et les Subsahariens dans divers pays européens

A l'exception des Etats-Unis où elle est courante, l'étude de l'impact de certains problèmes de santé sur les minorités ethniques a été longtemps écartée au motif qu'une approche comparant ces groupes au reste de la population entraînait des risques sérieux de stigmatisation et de ségrégation. A l'échelon européen, l'épidémie de VIH/sida fait exception. Des données concernant l'origine des personnes diagnostiquées sont collectées. Toutefois, plusieurs critères sont utilisés à cet effet et limitent quelque peu les comparaisons^{14,15} :

- nationalité
- pays (ou continent) de naissance
- pays d'origine
- pays de résidence
- pays où la personne s'est probablement infectée
- race
- groupe ethnique
- date d'arrivée dans le pays hôte
- statut de migrant / réfugié
- pays d'origine du partenaire

VIH/sida

Les données provenant des pays européens disposant d'informations en relation avec la provenance géographique des personnes infectées par le VIH montrent que les ressortissants des pays d'Afrique subsaharienne sont surreprésentés par rapport à leur effectif au sein de la population générale. A fin 2002, 13.3% de tous les cas de sida rapportés dans onze des dix-sept pays d'Europe occidentale concernaient des personnes originaires de cette région du monde. Tout comme les déclarations de sida, les nouveaux cas de séropositivité sont proportionnellement nettement plus fréquents parmi les personnes originaires de pays à prévalence élevée que parmi les nationaux. Les données européennes publiées en 2003, indiquaient que 18.6% des nouveaux diagnostics étaient attribuables à des personnes d'origine subsaharienne¹⁴.

Hamers et al.¹⁶ relèvent que deux tiers (14077 sur 21273) des cas de séropositivité attribuables à des relations hétérosexuelles dénombrées, entre 1997 et 2002 dans les douze pays européens disposant de données sur la provenance géographique des personnes, concernent des ressortissants de pays à épidémie généralisée¹⁶. A cet égard, les auteurs relèvent la situation particulière des migrants d'Afrique subsaharienne qui, non seulement proviennent d'une région particulièrement touchée mais qui sont de surplus particulièrement vulnérables en raison de facteurs directement associés à leur situation de migrants.

Les migrants d'Afrique noire et leurs descendants représentent 0.4% de la population britannique mais 28% des personnes séropositives, 57% des femmes séropositives et 63.5% des personnes infectées à l'occasion de relations hétérosexuelles. Enfin, 53% des enfants séropositifs vivant en Grande Bretagne ont un parent originaire d'Afrique noire (données 2002)¹⁷.

A la fin des années 1990, 39% des non-nationaux extra-européens avec un diagnostic de sida en Allemagne étaient des ressortissants d'Afrique subsaharienne. En Belgique, 47% des nouveaux cas de sida étaient enregistrés parmi des non-nationaux, la plupart d'entre eux originaires d'Afrique subsaharienne. La part de non-nationaux avec un diagnostic de sida atteignait 29% en Espagne et 31% en France. En Grande Bretagne, les Subsahariens représentaient 14.3% de l'ensemble des personnes avec un diagnostic de sida. Ils étaient en outre majoritaires parmi les non-nationaux avec un diagnostic de sida vivant en Italie. Enfin, la moitié des cas de sida résultant d'infections contractées hors de la Suède concernaient des personnes infectées en Afrique¹⁴.

D'une manière générale, les données disponibles indiquent que les non-nationaux consultent tardivement en matière de VIH/sida. De ce fait, c'est même souvent l'apparition des premiers symptômes qui conduit à passer le test^{14,18-20}.

Autres IST

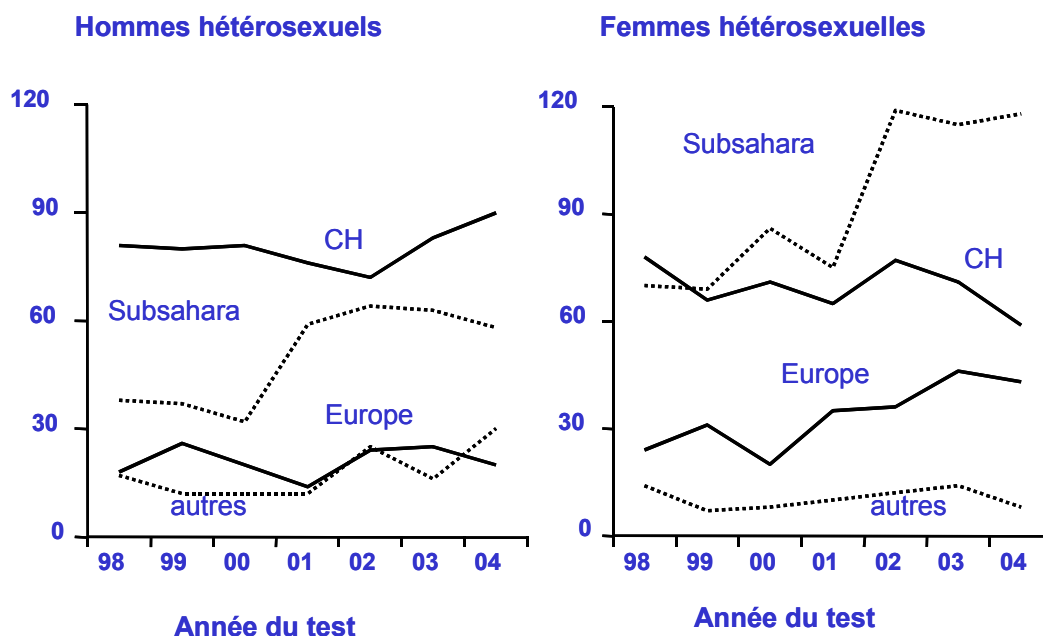
Dans le cadre d'une étude réalisée auprès de 748 hommes et femmes originaires de pays d'Afrique subsaharienne domiciliés en Grande-Bretagne, Fenton et al.²¹ relèvent que 29.8% des hommes et 20.5% des femmes avaient déjà souffert d'une IST. Dans une autre publication consacrée à la même population, Fenton et al.²² constatent qu'avoir souffert d'une IST est associé à une probabilité accrue d'avoir noué une nouvelle relation avec un partenaire sexuel lors d'un voyage en Afrique.

3.2.3 L'épidémie en Suisse

VIH/sida

La proportion des Subsahariens parmi les cas de contamination hétérosexuelle diagnostiqués en Suisse augmente depuis 2001. En 2004, les migrants subsahariens représentaient 41% des cas du groupe « contamination hétérosexuelle »²³. Les femmes sont particulièrement atteintes (Figure 1).

Figure 1 Estimation du nombre d'infections VIH diagnostiquées en Suisse chez les personnes hétérosexuelles par origine



Source : OFSP

L'analyse des tests réalisés chez des personnes ayant un risque d'infection hétérosexuel^a dans les centres de tests VIH anonymes entre 2000 et 2003 fournit aussi une idée de la détection des nouveaux cas auprès des différentes communautés. Bien que devant être utilisées avec une certaine prudence, ces données montrent également l'importance du phénomène (Tableau 5).

^a Les HSH, les consommateurs de drogues et les personnes dont le risque est inconnu sont donc exclus de cette analyse.

Tableau 5 Nombre de tests VIH chez des personnes ayant un risque d'infection hétérosexuel – et taux de résultats positifs – réalisés dans les centres de tests VIH anonymes en Suisse entre 2000 et 2003 selon l'origine du patient

Origine	Nombre de tests VIH	% positifs
Suisse	36891	0.10
Europe (sauf Suisse)	6525	0.14
Afrique du Nord	299	0.33
Afrique Subsaharienne	1084	4.24
Asie	408	0.25
Amérique du Nord	286	0
Amérique Centrale et du Sud	1034	0.48
Autre ou pas connue	1329	0.45

Source : Martin Gebhardt - OFSP

Tonwe-Gold et al.²⁴ se sont intéressés aux 306 ressortissantes de pays d'Afrique subsaharienne faisant partie de la SHCS à fin 2002. Ils ont établi que 41.2% provenaient d'Afrique de l'Est, 24.2% d'Afrique de l'Ouest, 23.2% d'Afrique centrale et 10.4% d'Afrique du Sud. Une partie de ces femmes sont venues en Suisse pour fuir leur pays (demande d'asile politique), une autre à la suite de leur mariage. Plus de la moitié d'entre elles ne possèdent qu'une formation scolaire ne dépassant pas l'école obligatoire. Comparées à un groupe de contrôle formé de 1 314 femmes suisses également enregistrées dans la SHCS, ces Subsahariennes étaient proportionnellement plus nombreuses à connaître un bas niveau socio-économique. Parmi les trente-deux femmes ayant participé à un entretien en profondeur, quatorze s'étaient fait tester à l'apparition de symptômes, six de leur propre initiative et six à l'occasion d'une grossesse.

Autres IST

Aucune statistique concernant d'autres IST n'est établie en tenant compte de l'origine nationale des personnes infectées.

3.2.4 Données épidémiologiques fournies par les informateurs

VIH/sida

Les informateurs constatent qu'il est malaisé de déterminer où les infections ont été contractées (Afrique ou Suisse). Interrogés à ce sujet, les patients originaires d'Afrique subsaharienne disent souvent ne pas connaître leur statut sérologique mais il est probable qu'une partie d'entre eux savent être séropositifs et choisissent de ne pas l'annoncer de crainte de se voir refuser l'entrée en Suisse^a. Les informateurs tendent cependant à croire qu'une partie importante des infections sont survenues en Afrique. Un informateur signale toutefois le cas d'une jeune Africaine infectée en Suisse (sur les quatre jeunes séropositives reçues à sa consultation). Un autre observe que les cas de séropositivité sont relativement nombreux parmi les ressortissants des pays d'Afrique de l'Est (Ethiopie, Erythrée) récemment arrivés en Suisse.

Autres IST

Le flou prévaut également parmi les informateurs en ce qui concerne les autres IST. De manière générale, les consultations s'articulent avant tout autour de la plainte du patient. Comme la sphère sexuelle n'est pas systématiquement explorée, un certain nombre d'infections peuvent demeurer méconnues. Par ailleurs, les données concernant les IST ne donnent pas lieu à l'établissement de statistiques même si l'information « brute » est à disposition dans les dossiers des patients.

^a Mais on sait que d'autres raisons peuvent expliquer cette discrétion, dont la crainte d'être rejeté par sa propre communauté.

Infections à chlamydia et à HPV ou, de manière plus générale, IST sont signalées comme une réalité, en particulier parmi la population des demandeurs d'asile qui consultent les fournisseurs de prestations sanitaires ayant fourni des informations. Un des experts (policlinique médicale) s'est livré à une rapide statistique des dossiers à sa disposition et signale que de telles infections se rencontrent chez environ 16% des demandeurs d'asile (sans spécification de nationalité) et que cette proportion serait certainement plus élevée si une attention accrue était portée à la sphère de la sexualité lors de l'anamnèse. Un autre constate une augmentation des demandes de tests pour les infections à chlamydia et à HPV chez les personnes d'origine subsaharienne sans pouvoir affirmer s'il y a augmentation de ces infections faute d'un point de départ pour la comparaison.

Chez les jeunes migrants africains, les infections à chlamydia sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, les premières étant sexuellement nettement plus actives (sexualité souvent imposée : viols, exploitation sexuelle). Il peut s'agir d'infections à répétition révélatrices des conditions de vie préoccupantes de certaines jeunes femmes (prostitution, image de soi dégradée entraînant de nombreuses prises de risques).

Autres problèmes de santé

Les informateurs observent qu'ils sont souvent confrontés à des plaintes non spécifiques (douleurs abdominales ou troubles du sommeil par exemple). Certains soulignent en outre les graves conséquences psychologiques des mauvais traitements subis avant l'émigration ou durant le voyage conduisant vers la Suisse. La situation des femmes est particulièrement bien connue (viols et exploitation sexuelle entraînant notamment une perte de l'estime de soi).

3.3 EXPOSITION AU RISQUE ET FACTEURS DE VULNERABILITE

3.3.1 Situation en Afrique subsaharienne

Les infections à VIH survenues en Afrique subsaharienne sont très majoritairement la conséquence de relations hétérosexuelles non protégées. Plusieurs facteurs se combinent pour rendre compte de l'extension de l'épidémie dans cette région du monde. L'analyse de littérature réalisée dans le contexte de la présente étude s'est limitée aux thèmes en mesure de nourrir la réflexion sur la situation des migrants subsahariens et la compréhension des modes de pensée, valeurs ou connaissances susceptibles d'exercer une influence sur leur manière de vivre dans le pays d'accueil. Elle a surtout porté sur une situation économique (celle de l'Afrique subsaharienne) où il est fréquent d'accepter des relations sexuelles en vue de se procurer des biens de toute nature. Combiné avec certaines dimensions des identités de genre ainsi qu'avec l'univers des connaissances populaires relatives au corps et à ses dysfonctionnements, ce mode d'échange facilite la constitution de partenariats concomitants où les relations sexuelles non protégées sont fréquentes^{17,25-27}.

Une synthèse sommaire des éléments évoqués pour expliquer la large diffusion de l'épidémie en Afrique subsaharienne inscrit les comportements à risque dans un univers de connaissances, de croyances, de représentations et de valeurs traditionnelles¹⁷. Ce corpus s'est toutefois métissé au contact d'autres systèmes de pensée et d'autres valeurs au nombre desquels la pensée occidentale, le contenu des religions monothéistes (islam, christianisme ... souvent transmis de manière dogmatique) et la biomédecine^{27,28}. Les traditions africaines ont par ailleurs été en butte – et continuent de l'être – à des influences trouvant leurs origines dans l'histoire (colonialisme, post-colonialisme), dans l'évolution économique (nature des productions, modes de production) ainsi que dans les mutations sociales (urbanisation et transferts de populations des campagnes vers les villes, diffusion rapide et omniprésente de l'information grâce aux médias électroniques, etc.).

Dans ce contexte en mutation permanente, les cultures africaines ont été réinterprétées et adaptées¹⁷. C'est par exemple le cas des rapports entre les genres et de la prééminence masculine qui, d'une polygamie culturellement légitimée est devenue une attitude complaisante à l'égard du multipartenariat sans que la place réservée aux femmes s'en trouve profondément modifiée. Cette transition s'explique en partie par

l'évolution des modes de production et par la situation économique souvent catastrophique de grandes zones d'Afrique subsaharienne²⁶.

Le passage d'une production agropastorale à un système colonial de grandes fermes ainsi que le développement du secteur minier ont nécessité de recruter de la main d'œuvre dans des régions parfois éloignées des centres de production. Les déplacements de main d'œuvre sur de longues distances séparent les familles. Les ouvriers vivent seuls pendant d'assez longues périodes. Ils sont rassemblés dans des « cités-dortoirs » autour desquelles gravitent un grand nombre de femmes qui, souvent sans se considérer comme des prostituées *stricto sensu*, acceptent des relations sexuelles en échange d'avantages de toute nature²⁹. Simultanément, les personnes dépendant des gains des travailleurs migrants vivent généralement cette séparation dans une situation de grande pauvreté pouvant conduire à se procurer de quoi subsister en acceptant des relations sexuelles avec de nouveaux partenaires^{26,30,31}.

Dans le même ordre d'idées, la redistribution de la population entre villes, campagnes et lieux de production accroît la mobilité. Elle expose à de nouveaux comportements, réduit le contrôle social et conduit les voyageurs dans des environnements où ils s'adressent à des prostituées faute de pouvoir nouer d'autres relations²⁵. L'évolution des modes de production a également modifié les échanges commerciaux où les femmes jouent traditionnellement un rôle important. Les distances entre lieux de production (cultures vivrières) et lieux d'échange se sont allongées, les villes s'étant substituées aux marchés locaux. La durée des déplacements a augmenté. Elle entraîne des séparations de longue durée, qui nécessitent des ressources supplémentaires (souvent obtenues en échange de relations sexuelles) et met en contact des personnes qui ne se seraient autrefois pas rencontrées^{30,31}.

Ainsi, l'organisation économique et sociale qui prévaut en Afrique subsaharienne fournit de nombreuses occasions de nouer des relations concomitantes impliquant des partenaires plus ou moins exposés au VIH (prostituées en particulier). La proportion des personnes ayant simultanément plusieurs partenaires est relativement élevée : entre 4% et 33.3% dans le cadre d'études conduites dans quatre villes d'Afrique occidentale, centrale, orientale et australe^{12,25}. Plus fréquent parmi les hommes, le partenariat multiple concerne aussi les femmes et des taux de 3 à 10% ont été observés parmi celles-ci²⁵. Au cours de leur vie, les Subsahariens (hommes et femmes) n'ont toutefois en moyenne pas plus de partenaires sexuels que les hétérosexuels occidentaux. Ce qui les caractérise, c'est le fait d'avoir souvent simultanément plus d'un partenaire sexuel, ces partenariats pouvant durer plusieurs mois ou années. Un modèle mathématique comparant les conséquences des relations concomitantes avec celles des relations successives montre, en dépit d'un total constant de partenaires, que la transmission du VIH est nettement plus rapide dans le premier contexte³².

Les relations sexuelles hors du cadre de l'union principale (mariage en particulier) ne sont pas systématiquement protégées. Selon les études, les taux d'utilisation du préservatif varient entre 6 et 12% chez les femmes et entre 2 et 39% pour les hommes – lorsque rien n'indique si la partenaire féminine se prostitue ou non^{25,33} – et entre 30 et 72% lorsque la relation a lieu avec une prostituée^{33,34}. En Afrique subsaharienne, l'univers de la prostitution est largement touché par les infections à VIH et les IST. Selon les études, le taux de prostituées séropositives varie de 30 à 45%^{33,35}, 29% étant par ailleurs atteintes de syphilis dans une étude réalisée en Tanzanie³⁴. Or la proportion des prostituées ayant systématiquement utilisé des préservatifs durant la période (variable) précédant les investigations variait de 49% à 71%³⁴. Enfin, déjà peu utilisé avec les clients, le préservatif ne l'est en principe jamais entre les prostituées et leurs amis alors que ceux-ci sont très souvent séropositifs et qu'ils entretiennent régulièrement des relations sexuelles avec d'autres femmes^{33,36}. Le Tableau 6 montre que des proportions souvent importantes de jeunes adultes sexuellement actifs ont entretenu des relations à risque et que la proportion de ceux ayant utilisé des préservatifs dans ce contexte n'est pas très élevée. Les femmes sont moins nombreuses à avoir eu une relation protégée.

Tableau 6 Proportion de personnes (15-24 ans) déclarant avoir eu des rapports sexuels à plus haut risque dans l'année écoulée et utilisation du préservatif lors du dernier rapport sexuel à haut risque (%)

Pays	ont eu des rapports sexuels à plus haut risque		ont utilisé le préservatif lors du dernier rapport à haut risque	
	femmes	hommes	femmes	hommes
Bénin	36	90	19	34
Botswana	--	--	75	88
Burkina Fasso	19	82	41	55
Cameroun	41	86	16	31
Côte d'Ivoire	51	91	25	56
Ethiopie	7	64	17	30
Gabon	53	75	33	48
Guinée	23	92	17	32
Kenya	39	92	14	43
Malawi	17	71	32	38
Mali	18	85	14	30
Namibie	80	85	48	69
Niger	4	56	7	30
Ouganda	22	59	44	62
Tanzanie	40	87	21	31
Rwanda	10	42	23	55
Togo	51	89	22	41
Zambie	19	50	33	42
Zimbabwe	20	82	42	69

Source : ONUSIDA⁸

Etre femme représente un important facteur de vulnérabilité qui s'inscrit à l'articulation entre les valeurs traditionnelles subordonnant la femme à l'homme (dans la plupart des domaines) et les conséquences économiques de cette subordination (nécessité de trouver des solutions pour se procurer le nécessaire ou le superflu). En matière de VIH/sida, les jeunes femmes sont spécialement désavantagées par rapport à leurs contemporains de sexe masculin. Dans le groupe des 15-24 ans, les femmes représentent 75% du total des personnes infectées⁹. Les jeunes Subsahariennes sont nombreuses à entretenir des relations sexuelles avec des partenaires plus âgés, économiquement plus à l'aise que leurs contemporains masculins mais aussi plus fréquemment infectés par le VIH en raison d'une « carrière sexuelle » plus longue et souvent marquée par des relations à risque³⁷. Ce constat met d'une part en évidence le fait que la femme africaine n'est guère en mesure d'imposer l'usage du préservatif et que, d'autre part, la satisfaction de besoins économiques constitue l'une des motivations à accepter d'entretenir des relations sexuelles³⁸. L'intégration dans un réseau de relations concomitantes renvoie souvent à l'inégalité entre hommes et femmes, à la pauvreté et à l'extension du consumérisme³⁷. Les réseaux de partenaires au sein desquels des relations sexuelles sont échangées contre rétribution sont nombreux. Les femmes concernées ne sont pas pour autant considérées comme des prostituées *stricto sensu* et certains distinguent les rôles d'amie, de partenaire, de concubine ou de « tenant lieu d'épouse »³⁴. Des réseaux complexes se construisent autour de marchandes ambulantes dont les relations sexuelles, fondées sur l'échange d'avantages, se situent entre la prostitution de subsistance (relations sexuelles contre nourriture ou contre logement) et l'accès à certaines prestations nécessaires à leur activité commerciale (relations sexuelles contre transport en véhicule ou contre protection)^{25,39}.

Renoncer à employer des préservatifs apparaît la résultante de l'interaction de plusieurs facteurs. Dans le domaine des savoirs concernant le corps, ses fonctions et ses maladies, la persistance d'un substrat de représentations traditionnelles entraîne des répercussions sur la prévention et le traitement de l'infection²⁸. Les théories concernant la transmission des maladies se greffent sur certaines représentations de l'anatomie et de la physiologie et situent dans le corps féminin l'origine des maladies, en particulier des infections sexuellement transmissibles. Contribuant à déresponsabiliser les hommes par rapport à la prévention, ces croyances induisent les femmes à adopter des comportements à la fois inefficaces et potentiellement dangereux²⁸. Attribuer une responsabilité morale aux victimes de maladies est une réaction

très répandue. Elle sous-tend les mécanismes d'exclusion qui poussent les personnes infectées à cacher leur séropositivité et celles qui ne le sont pas à éviter tout comportement susceptible d'être perçu comme un aveu⁴⁰. La tradition exerce en outre son influence sur la construction d'une identité masculine impliquant des prises de risque. L'expression de la virilité permet d'affronter les dangers (y compris celui de s'infecter) et d'affirmer sa volonté de survivre. Paradoxalement, elle contribue aussi à exposer à une infection mortelle^{41,42}.

Enfin, l'effondrement du secteur sanitaire public dans plusieurs pays de la zone subsaharienne et son incapacité à prendre les mesures que nécessiterait la situation sont par ailleurs mentionnés comme des facteurs importants de la propagation de l'infection^{43,44}.

3.3.2 Situation en Europe

La manière dont les migrants subsahariens sont affectés par leur inscription dans un nouveau contexte social et économique constitue l'une des clés servant à interpréter leurs comportements sexuels¹⁷. Certains estiment que les Subsahariens demeurent assez fortement conditionnés par leur éducation africaine⁴⁵ tandis que d'autres jugent que les conduites des immigrés en termes de prises de risques, de comportements préventifs et plus généralement de rapport à la maladie et à la société doivent être interprétés en fonction de leur expérience concrète et quotidienne du monde, les différences par rapport à la population autochtone étant trop souvent analysées en termes culturels alors qu'elles sont largement attribuables à des faits souvent liés aux conditions sociales, économiques, juridiques et politiques⁴⁶.

Peut-on sans autres comparer les populations vivant en Afrique subsaharienne à celles émigrées en Europe ? Plusieurs auteurs posent la question et suggèrent que la migration pourrait constituer une sélection des groupes à moindre risque et contribuer à expliquer les différences au niveau de la prévalence de l'infection en Afrique subsaharienne et dans les pays d'accueil. A Londres, 74.2% des hommes et 60.7% des femmes ayant répondu à un questionnaire destiné aux migrants subsahariens (projet Mayashi) étaient au bénéfice d'une formation académique, ce niveau élevé de formation ne se traduisant cependant pas systématiquement en travail rétribué puisque 50.3% seulement des hommes et 40.8% des femmes exerçaient un emploi à plein temps²¹. Au demeurant, un bon niveau de formation ne permet pas de prédire des comportements sexuels dépourvus de risque et peut au contraire faciliter les moyens de multiplier les contacts sexuels¹⁷.

Aux risques pris dans le pays hôte s'ajoutent ceux pris à l'occasion de voyages dans les pays d'origine. Parmi les personnes interrogées dans le cadre du projet Mayashi (concernant les communautés originaires du Congo, du Kenya, de l'Ouganda, du Zimbabwe et de Zambie établies en région londonienne), 43% des hommes et 46% des femmes avaient effectué au moins un voyage dans leur pays d'origine durant les cinq années précédant l'enquête. A cette occasion, 40% des hommes et 21% des femmes avaient rencontré un nouveau partenaire sexuel. Les plus actifs sexuellement en Grande-Bretagne étaient ceux avec la plus grande probabilité d'avoir de nouveaux partenaires lors de leur retour au pays. Le recours à des pratiques de protection à l'occasion de ces rencontres n'était pas démontré mais les chercheurs l'estimaient peu systématique eu égard aux habitudes de protection observées en Grande-Bretagne²¹. L'utilisation peu fréquente de préservatifs par les migrants d'origine subsaharienne est aussi attestée en France, où l'on estime que, parmi les Subsahariens séropositifs, 29% des hommes et 34% des femmes ne se protègent pas lors de chaque relation sexuelle alors que cette proportion n'atteint que 24% en moyenne pour l'ensemble de la population⁴⁷.

La non-utilisation du préservatif est expliquée de différentes manières. Elle renvoie notamment à la crainte d'être écarté de sa communauté qui pousse à éviter tout comportement susceptible d'être interprété comme un aveu de séropositivité ou comme de la méfiance à l'égard du partenaire sexuel^{24,48}. Le renoncement au préservatif peut aussi s'inscrire dans la recherche d'une relation durable impliquant de faire d'emblée confiance au partenaire sexuel^{17,49}.

La précarité et l'isolement qui caractérisent la situation de nombreux migrants africains peuvent aussi constituer des facteurs de vulnérabilité. En France, 15% des hommes et 23% des femmes d'origine étrangère vivent chez des amis, dans un foyer ou sont sans domicile fixe. Les migrantes sont nombreuses à vivre avec des enfants (75%) et l'annonce de leur séropositivité augmenterait sensiblement le risque d'être

exclues de leur milieu familial. Lorsque les migrants séjournent sans droit sur le territoire national, l'impossibilité de travailler légalement et de prétendre aux prestations médicosociales associées au droit de séjour contribuent à un surcroît de précarisation⁵⁰.

Des connaissances insuffisantes en matière de transmission du VIH et de protection contre les infections peuvent aussi expliquer la non-utilisation du préservatif. A cet égard, le phénomène de l'illettrisme/analphabetisme et la méconnaissance d'une des langues servant à la diffusion de l'information constituent des obstacles majeurs⁵⁰. Une étude conduite auprès de la population originaire d'Afrique subsaharienne établie à Londres montre que 23% estimaient que le VIH/sida constitue l'un des trois problèmes sanitaires majeurs de leur communauté, la tuberculose occupant le troisième rang des préoccupations (citée par 12% des répondants). En matière de transmission du VIH, l'enquête faisait apparaître passablement d'incertitudes, 68% des répondants estimant que le virus peut être transmis à l'occasion de relations sexuelles et 25% pensant (ou ne sachant pas) que les préservatifs ne protègent pas de cette transmission. Le thème de la transmission verticale entre mère et enfant était également mal connu (31% excluant une telle transmission ou n'en sachant rien)⁵¹.

Quel que soit le niveau des connaissances, leur mise en pratique demeure souvent problématique. En dépit de leurs connaissances en matière de VIH, les Subsahariens sont décrits comme ayant des comportements de protection peu systématiques en matière sexuelle⁴⁹. Ils estiment facile d'évaluer le risque potentiel présenté par leurs partenaires et aisé d'éviter ce risque en les choisissant avec soin. Ils ont des rapports sexuels non protégés avant que soit établie une relation de confiance ou avant d'avoir eu une franche discussion sur les risques. Ils tendent à réduire le recours au préservatif au fur et à mesure que la durée de la relation s'allonge et que l'intimité entre partenaires augmente. Ils prennent leurs décisions en matière sexuelle sur la base de leurs émotions et sans se préoccuper de leur santé⁵².

Avoir été testé séropositif n'est pas suffisant pour modifier les comportements à risque. Certains compensent le fait d'utiliser des préservatifs en multipliant le nombre de leurs partenaires. Des personnes vulnérables accordent la priorité à la satisfaction de besoins économiques à court terme (notamment dans le domaine de la prostitution). Genre (difficulté pour les femmes à négocier l'utilisation du préservatif) et appartenance ethnique (sentiment d'aliénation produit par le système sanitaire) peuvent en outre significativement modifier la manière de répondre aux messages de protection¹⁷.

3.3.3 Situation en Suisse

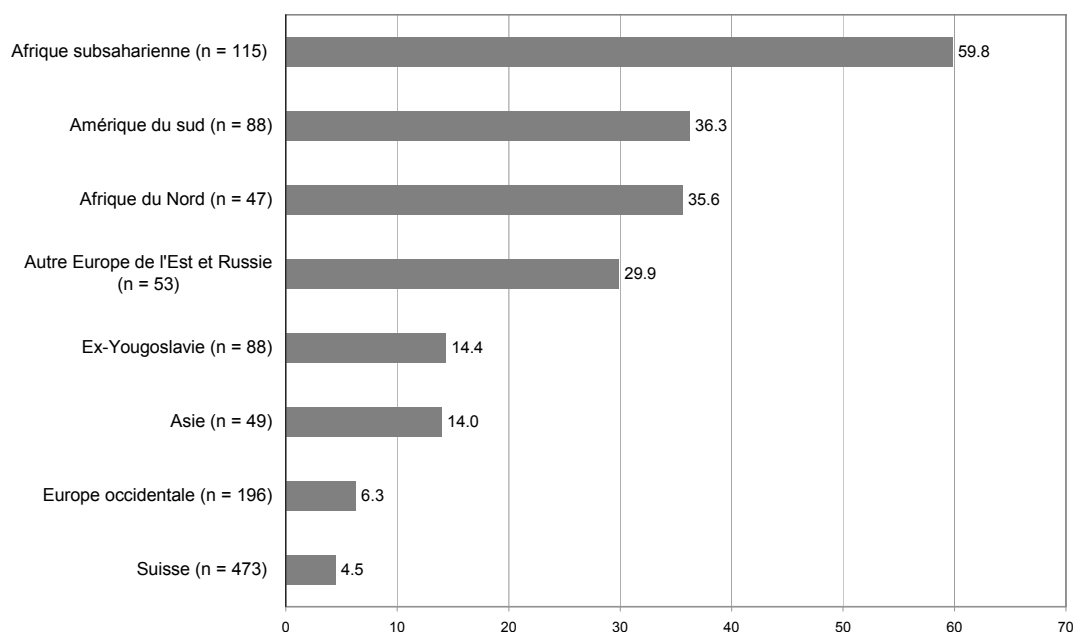
Aucune information concernant les migrants d'origine subsaharienne n'est disponible dans l'Enquête suisse périodique sur les comportements sexuels de la population résidente âgée de 17 à 45 ans (EPSS). Six Subsahariens seulement faisaient partie du sondage en 1997 et sept en 2000.

L'analyse des données sur le comportement sexuel des patients faisant partie de la cohorte SHCS – suivis entre 2001 et 2003 – fait apparaître une proportion très légèrement inférieure de personnes déclarant avoir eu des relations systématiquement protégées parmi les Subsahariens suivis (76.2% contre 82.3% chez les patients d'Europe nord-occidentale pour la première année, 78.8% contre 83.7% pour la deuxième année et 81.2% contre 82.9% pour la troisième année) (communication personnelle : T. Glass et H. Bucher, Bâle)

Certaines données statistiques peuvent jouer le rôle d'indicateurs de comportements sexuels pour autant que la nationalité des patients ait été relevée. Il en va ainsi des statistiques d'interruptions volontaires de grossesse ou des prescriptions de contraception post coïtale, etc. De telles informations sont toutefois rares.

Seul le canton de Vaud publie des informations au sujet des interruptions volontaires de grossesse. Quant aux infections sexuellement transmissibles, elles ne donnent lieu à aucun relevé systématique, hormis les infections à VIH.

Figure 2 Taux de recours à l'interruption volontaire de grossesse pour 1000 résidentes vaudoises âgées de 14 à 49 ans selon le pays ou le continent d'origine (2003)



Source : Balthasar & Spencer - IUMSP

Le taux d'interruptions volontaires de grossesse parmi les femmes d'origine subsaharienne est sensiblement plus élevé que celui établi pour les autres femmes. En 2003, 60‰ des Subsahariennes domiciliées dans le canton de Vaud ont eu recours à l'interruption de grossesse (**Figure 2**). Le taux de récurrence est également plus élevé chez ces femmes que dans le reste de la population (42.3% vs 23.3% chez les femmes suisses)⁵³.

Deux centres de planning familial Profa – Lausanne et Renens – ont fourni des données sur le type de contraception utilisée chez les patientes consultant pour la première fois. Comparées aux Suissesses, les Subsahariennes sont proportionnellement moins nombreuses à utiliser systématiquement le préservatif (Tableau 7).

Tableau 7 Planning familial Profa : Proportion de nouvelles patientes déclarant utiliser systématiquement le préservatif (2003)

	Profa Lausanne (443 non CH ; 606 CH)	Profa Renens (353 non CH ; 141 CH)
Suisse	38.9	36.2
Afrique subsaharienne (sans Afrique orientale)	28.6	29.6
Afrique orientale	27.3	0

Source : Françoise Méan – Planning familial Profa de Lausanne

Aucun des informateurs ne met en doute la réalité des expositions au risque parmi la population d'origine subsaharienne. De l'avis général, les relations sexuelles non protégées sont relativement fréquentes chez les personnes qui la composent. Ces prises de risque sont notamment attestées par les demandes d'interruption de grossesse, par les soins donnés aux personnes souffrant d'IST, par les demandes de test de grossesse. Leur existence est également suggérée par l'observation et les informations recueillies auprès des personnes séropositives. Les informateurs énumèrent une série de profils et de circonstances plus particulièrement associés à des prises de risques :

- ***Demandeurs d'asile***

Ce segment de la population d'origine subsaharienne serait particulièrement exposé au risque d'infection par le VIH durant la période qui suit son arrivée en Suisse. Libérés du contrôle social souvent assez strict qui caractérise les sociétés africaines, une partie des demandeurs d'asile multiplient les contacts sexuels. Placées sous le signe de la confiance, les relations sexuelles avec des compatriotes sont rarement protégées. Celles qui ont lieu avec des autochtones ne le sont guère plus car bien des demandeurs d'asile sont convaincus que la Suisse est épargnée par l'épidémie. Avec le temps, les relations sexuelles avec les autochtones sembleraient se conformer un peu mieux à l'impératif de protection.

Quelques idées fausses peuvent conduire les demandeurs d'asile à accepter le risque de s'infecter (et d'obtenir de ce fait le droit de rester en Suisse où ils pourront bénéficier des traitements à disposition) ou encore à renoncer à toute protection en espérant qu'un enfant conçu avec une personne autorisée à vivre en Suisse leur permettra de stabiliser leur situation.

- ***Jeunes filles***

Les jeunes demandeuses d'asile – en particulier celles originaires des pays d'Afrique de l'Est – ont souvent été soumises à des violences sexuelles avant leur départ ou lors de leur voyage vers la Suisse. En plus des risques d'exposition au VIH ou à d'autres IST, ces agressions ont des répercussions psychologiques très importantes. Les victimes perdent souvent toute estime d'elles-mêmes. Elles peuvent en venir à brader leur corps et à accepter des relations non protégées. Les nombreuses demandes d'interventions médicales – IST à répétition, IVG, tests de grossesse – attestent de la fréquence des prises de risques. Il est probable que certaines de ces jeunes filles soient victimes de réseaux de prostitution.

- ***Jeunes gens***

Souvent laissés à eux-mêmes, les jeunes demandeurs d'asile sont fréquemment invités à s'associer au trafic de stupéfiants. Bien qu'en principe non-consommateurs (sous réserve de cannabis et d'alcool), ils s'habituent à fréquenter un univers où les comportements à risque sont loin d'être rares. Compte tenu de leur âge, ces jeunes gens sont en outre à la recherche de contacts sexuels que leur statut, leurs ressources souvent limitées et un racisme toujours présent les poussent à trouver dans des lieux où se rassemble une population marginale, plus coutumière de relations non protégées.

- ***Personnes séropositives***

Les personnes séropositives courent le risque d'être rejetées par leur communauté. Elles ne sont pas encouragées à faire état de leur séropositivité et évitent d'introduire le doute en utilisant des préservatifs ou en demandant à leur partenaire d'en utiliser. Fréquentes, les prises de risques sont attestées par les intervenants qui prennent en charge ces personnes (groupes de soutien, groupes de discussion, etc.).

- ***Changements de situation***

Associées à une préférence pour les relations non protégées, l'obtention d'une autorisation de séjour ou la séparation de sa partenaire sont des moments caractérisés par un net relâchement en matière de protection. L'obtention d'un titre de séjour permet à son titulaire de faire miroiter la possibilité d'une stabilisation à des partenaires sexuelles au statut précaire sous l'angle du droit de l'immigration et d'affaiblir leur résistance face à des relations non protégées. La fin d'une union possède un effet analogue. Désormais libre, l'homme est disponible pour former un nouveau couple. Il peut user de cette position pour obtenir des relations non protégées avec les femmes qui désirent fonder une famille.

- ***Fêtes***

Elles sont l'occasion d'un relâchement des habitudes de protection.

- ***Croyances***

Relativement fréquente, la croyance en une Suisse épargnée par l'épidémie de VIH/sida constitue une bonne raison de renoncer à toute protection. Dans le même ordre d'idées, on mentionnera la convic-

tion que Dieu peut protéger du virus ou guérir les malades de sida ainsi que la certitude qu'un test négatif témoigne d'une situation définitivement acquise.

- ***Manque de ressources financières / prostitution masculine***

Ne disposant souvent que du strict nécessaire pour assurer leur subsistance et ne pouvant pas toujours accéder à du matériel gratuit, certains migrants (demandeurs d'asile en particulier) sont d'une certaine manière condamnés à ne pas se protéger.

Un informateur signale qu'une manière de se procurer de l'argent consiste, pour de jeunes hommes hétérosexuels africains, à se prostituer dans les bars fréquentés par les homosexuels.

- ***Relations concomitantes***

Un exemple est donné par la situation d'une jeune femme africaine dont trois hommes – Africains eux aussi – se partagent les faveurs en échange de cadeaux tout en veillant à ce que d'autres hommes ne viennent pas s'ajouter à eux.

3.3.3.1 Facteurs de fragilisation mentionnés par les informateurs

En relation avec la précarité économique des migrants

Une partie des migrants subsahariens en relation avec les informateurs connaissent une situation économique particulièrement défavorable. C'est tout particulièrement le cas des demandeurs d'asile dont les ressources sont généralement très modestes. Ceux qui ne sont pas autorisés à travailler reçoivent une aide financière qui leur permet tout juste de subvenir à leurs besoins élémentaires. Ceux qui ont un travail voient leurs revenus réduits du montant des cotisations d'assurances sociales, de l'impôt à la source ainsi que d'un prélèvement alimentant le fonds de garantie qui sera utilisé pour financer leur retour en cas de rejet de leur demande. La pauvreté n'est pas circonscrite aux demandeurs d'asile, elle concerne plus généralement les migrants qui, en raison de l'état du marché du travail et/ou de compétences personnelles ne correspondant pas aux attentes des employeurs, perçoivent des indemnités de chômage ou vivent des allocations de l'aide sociale.

Un certain nombre de migrants prélèvent sur leurs revenus pour soutenir leur famille restée au pays. Ce soutien dû aux proches est décrit comme une pression morale de forte intensité. L'importance des montants ou des cadeaux envoyés en Afrique constitue un critère de comparaison pouvant entraîner une forme de concurrence dans la générosité. Selon certains informateurs, cette pression pourrait être suffisante pour pousser des femmes à entretenir des relations sexuelles en échange de cadeaux ou d'argent.

La pauvreté constitue une barrière à la prévention dans la mesure où elle ne permet pas de disposer du nécessaire pour acquérir des préservatifs. Tous les migrants ne peuvent en effet pas bénéficier des distributions gratuites organisées dans certaines structures médico-sociales. A cet égard, les demandeurs d'asile qui ne résident pas à proximité des antennes sanitaires qui leur sont dédiées sont défavorisés.

D'une manière générale, les informateurs notent que le manque de ressources économiques et la recherche de ce qui est indispensable pour faire face aux besoins quotidiens peut faire passer au second plan les préoccupations relatives à la prévention des maladies et, plus particulièrement, à la protection contre le VIH/sida. A cet égard, plusieurs d'entre eux soulignent combien les menaces contre la vie et l'intégrité corporelle qui ont marqué la trajectoire de certains migrants (avant leur départ et sur la route de l'exil) ont contribué à façonner leurs représentations au point de faire prévaloir l'immédiat sur le futur et de les doter d'une vision fataliste de l'existence (« si ça doit m'arriver ! »).

En relation avec le statut (sous l'angle du droit à l'immigration)

Le statut des migrants sous l'angle du droit de l'immigration^a ne détermine pas seulement leur niveau de vie. Les informateurs sont souvent en contact avec des personnes dont le statut est précaire : demandeurs d'asile en cours de procédure, demandeurs d'asile déboutés (soit d'emblée – non-entrée en matière /

^a Loi sur le séjour et l'établissement des étrangers et loi sur l'asile.

NEM –, soit au terme de la procédure), étudiants autorisés à séjourner en Suisse le temps d'achever leur formation, personnes séjournant illégalement sur le territoire national (parfois sous une fausse identité). Ces personnes ne disposent en général que du strict nécessaire. Certaines d'entre elles (clandestins) n'ont aucun moyen d'existence hormis le revenu des emplois – généralement mal rétribués – offerts par les employeurs disposés à engager du personnel « au noir ». D'autres se livrent à des activités illégales (trafic de stupéfiants) ou à la prostitution (également illégale à Genève pour les personnes qui ne sont pas titulaires d'une autorisation de séjour).

Dans une société fortement monétarisée et affichant avec ostentation tout ce qu'il est possible et désirable de consommer, la précarité à laquelle de nombreux migrants sont condamnés fait apparaître de manière particulièrement crue l'écart qui subsiste entre les attentes qui les avaient conduits à prendre le chemin de l'exil et leur réalité quotidienne. Une partie des migrants sont confrontés au manque de perspectives résultant des exigences juridiques réglant l'immigration en Suisse mais ne peuvent envisager leur départ, porteurs qu'ils sont des espoirs de leur famille voire d'un cercle plus large de personnes. La plupart des personnes séjournant en Suisse de manière précaire souhaitent stabiliser leur situation. Mal informées à propos des conditions à remplir pour atteindre cet objectif, certaines sont disposées à prendre des risques pour augmenter leurs chances. Ainsi en va-t-il par exemple des migrants convaincus que concevoir un enfant avec une femme ou un homme disposant d'un permis de séjour/établissement valable leur assurera le droit de s'établir en Suisse. Ainsi en va-t-il aussi des personnes qui pensent que le fait de s'être infectées en Suisse leur permettra d'y rester pour bénéficier de traitements inaccessibles dans leur pays d'origine.

Dans le domaine particulier de la prostitution, les informateurs signalent que l'absence d'autorisation légale qui caractérise bon nombre de prostituées subsahariennes a pour conséquence de les repousser dans les marges (notamment géographiques) de cette activité où, du fait d'une concurrence exacerbée, elles sont assez souvent conduites à accepter des relations non protégées et où, la police étant nettement moins présente, elles sont plus exposées aux agressions (notamment viols sans protection), les auteurs de tels actes comptant sur la quasi-impunité que leur garantit la clandestinité de leurs victimes.

Toujours en relation avec le statut sous l'angle du droit de l'immigration, un informateur signale que la phase qui suit l'obtention d'un permis de séjour peut conduire certains hommes à déployer un comportement de « coq » et à multiplier les partenaires – moins bien loties qu'eux sous l'angle de leur statut en Suisse – disposées à entretenir des relations sexuelles non protégées dans l'espoir d'être associées à l'aubaine du permis, le cas échéant en concevant un enfant.

En relation avec la migration

En elle-même, la migration est désignée comme un facteur de fragilisation, et cela à double titre. En premier lieu, les informateurs constatent que les migrants entreprennent en général seuls de gagner l'Europe et la Suisse. Il s'ensuit une rupture des relations sociales avec le milieu d'origine et, s'agissant de personnes provenant de sociétés au sein desquelles le contrôle social est souvent plutôt strict, le sentiment de pouvoir agir à sa guise peut entraîner la multiplication des contacts sexuels. Une partie de ces derniers se déroulent entre compatriotes immigrés et ne donnent lieu à aucune prise de précaution pour des motifs que certains informateurs attribuent à la confiance qui prévaut généralement entre compatriotes^a. Une autre partie de ces relations impliquent des partenaires suisses. En tout cas dans la période qui suit l'immigration, elles ont parfois lieu sans préservatif au motif que, dans l'imaginaire des migrants, la Suisse serait un pays propre où le sida serait inconnu.

L'autre dimension fragilisante du phénomène migratoire renvoie aux expériences qui ont précédé ou accompagné le voyage vers l'Europe. A cet égard, les informateurs ne font pas état du « modèle migratoire » qui prévaut en Afrique et qui voit de très nombreuses personnes se déplacer à la recherche d'un revenu, une partie d'entre elles multipliant les rencontres sexuelles (par plaisir ou par nécessité) à l'occasion de ces déplacements. Les informateurs mettent essentiellement l'accent sur les violences

^a On peut se demander si des facteurs tels que le caractère « non traditionnel » du préservatif, la volonté de ne pas introduire le doute (sur l'état de santé du partenaire ainsi que sur son propre état de santé), la prééminence d'un souhait de maternité ou la simple méconnaissance des risques et des précautions possibles ne jouent également un rôle en la matière. De telles hypothèses n'ont toutefois pas été formulées à propos de ces contacts entre compatriotes.

sexuelles subies par les femmes dans les zones de conflit et sur la nécessité face à laquelle elles se sont trouvées de faire usage de leur corps pour financer leur voyage. Outre que ces violences ont pu être à l'origine de grossesses ou d'infections sexuellement transmissibles dont les conséquences sont diagnostiquées en Suisse et peuvent constituer (dans le cas des IST) un risque pour les personnes avec lesquelles elles entretiendraient des relations sexuelles, elles sont aussi décrites comme ayant un effet dévastateur sur la santé psychique des femmes concernées. Plusieurs informateurs décrivent notamment la perte d'estime de soi et la disposition à « brader son corps » constatées auprès de jeunes migrantes contraintes à des relations sexuelles à un âge précoce.

Le caractère essentiellement féminin des violences subies avant et durant le voyage vers la Suisse est largement admis. Un informateur estime cependant que des garçons ou des jeunes hommes ont également pu faire des expériences analogues mais que les valeurs viriles transmises socialement leur interdisent d'en faire état.

En relation avec le racisme

A l'échelon macro-social, le racisme auquel sont exposés les migrants originaires d'Afrique subsaharienne est également perçu comme un facteur de fragilisation. Etre noir dans une société européenne expose déjà à toute sorte de réactions d'évitement. Passablement d'Africains considèrent que tout comportement susceptible de laisser supposer une éventuelle séropositivité (protection à l'occasion de relations sexuelles ou aveu de séropositivité) pourrait contribuer à radicaliser encore ces réactions d'exclusion.

En relation avec le genre

Etre femme représente un important facteur de fragilisation par rapport au VIH/sida. Abstraction faite des événements qui ont pu se produire en Afrique ou en route vers l'Europe et la Suisse, les informateurs mettent cette fragilité en relation avec certaines dimensions du rôle de la femme et de sa subordination à son partenaire masculin. Bien qu'elles ne soient pas spécifiques à la situation de la femme africaine, ces caractéristiques n'en prennent pas moins une importance particulière dans ce contexte. S'agissant du rôle de la femme, nos informateurs soulignent l'importance de la maternité pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (« la fécondité, c'est la richesse des femmes »). Dans les sociétés dépourvues de sécurité sociale et qui attachent de l'importance aux liens entre vivants et ancêtres décédés, les enfants sont perçus comme les futurs soutiens de leurs parents, responsables de garantir la satisfaction de leurs besoins quand ils ne pourront plus se suffire à eux-mêmes et chargés de leur confort dans l'au-delà.

Le désir – ou la nécessité sociale – d'engendrer des enfants représente un obstacle majeur à l'utilisation du préservatif et constitue un risque réel de transmission du VIH si l'un des deux partenaires est infecté. Plusieurs cas de figure sont évoqués à ce propos (séropositivité connue par les deux partenaires, séropositivité du partenaire ignorée par l'autre membre du couple, séropositivité ignorée par la personne infectée elle-même). La situation est analogue lorsque des relations sexuelles ont lieu entre personnes non mariées : l'éventualité d'une maternité n'est pas nécessairement considérée comme une conséquence à éviter ; elle peut même représenter une issue désirable pour la femme qui voit une possibilité de s'attacher son partenaire (et, parfois, d'éliminer une ou des concurrentes qui n'ont pas conçu d'enfant) et, pour certaines, d'accéder à une situation économiquement et statutairement améliorée. Dans la situation de couples non mariés, prendre le risque, pour une femme, de proposer le préservatif peut la faire apparaître au pire comme une prostituée et, au mieux, comme celle qui introduit la suspicion à l'intérieur du couple. Pour les femmes se sachant séropositives, avouer sa situation aboutit presque nécessairement à mettre un terme à la relation.

Outre la dimension maternité, les informateurs soulignent combien la subordination de la femme subsaharienne constitue un facteur supplémentaire de fragilité. Sa sujétion concerne tant la dimension économique que la dimension sexuelle. Les informateurs rappellent en particulier que les Subsahariennes dépendent économiquement de leur mari et que, ne disposant en principe d'aucune ressource propre, elles sont par exemple dans l'incapacité d'acheter des préservatifs. A cet égard, la situation des épouses choisies en Afrique par un homme déjà établi en Suisse apparaît tout particulièrement préoccupante puisqu'elles sont encore plus démunies que celles vivant en Suisse depuis un certain temps pour espérer gagner une autonomie économique minimale (absence de formation, méconnaissance de la langue, isolement, etc.).

Au-delà de la capacité (ou de l'incapacité) à se procurer elle-même des préservatifs, la femme africaine doit se soumettre au désir et au plaisir de l'homme. C'est lui qui décide si le couple doit avoir un enfant et qui règle ainsi le recours à des moyens anticonceptionnels (préservatif éventuellement). Selon nos informateurs, il est extrêmement malaisé pour une femme d'imposer l'utilisation de préservatifs et cela même si son partenaire multiplie par ailleurs les conquêtes. La situation des « fiancées » ne disposant que d'un statut précaire en regard du droit de l'immigration (entrées en Suisse en qualité de touristes) est, là encore, particulièrement délicate et les informateurs font état de menaces de renvoi en Afrique brandies contre celles qui ne se soumettraient pas à leur « fiancé ».

Les informateurs ont évoqué certaines pratiques sexuelles (sexes desséchés, refus du lubrifiant à utiliser avec les préservatifs) qui contribuent à augmenter sensiblement le risque d'infection. Tout comme la préférence pour des relations non protégées, elles s'inscrivent – jusqu'à un certain point – dans la perspective de soumission féminine au désir et au plaisir masculin. Ces pratiques ne paraissent pas nécessairement contestées par les femmes et cela probablement pour des motifs divers. Un informateur évoque à ce sujet une forme de fatalisme où transparaît le constat qu'il faut bien en passer par là pour s'attacher un partenaire que d'autres convoitent, toutes disposées à accepter ces contraintes pour parvenir à leurs fins. Selon certains informateurs, l'acceptation de pratiques sexuelles parfois douloureuses représente une attitude répandue que l'on peut également observer chez des femmes de niveau socioculturel supérieur.

S'agissant du genre, un informateur suggère que l'égoïsme qui paraît sous-tendre les comportements de l'homme subsaharien doit être mis en perspective avec les valeurs concernant la virilité et l'identité masculine véhiculées par les cultures de cette région. Dans cette perspective, le sujet masculin apparaît aussi comme « prisonnier » de schémas de comportements qui s'imposent à lui.

En relation avec la culture et la religion

La dimension culturelle est souvent évoquée par les informateurs. On constate toutefois qu'elle s'exprime sous la forme de comportements que l'on retrouve parmi ceux des autochtones. C'est peut-être l'intensité de ces comportements ou de ces attitudes ou encore leur présence simultanée (constellation) qui caractérise la façon d'être attribuée aux Subsahariens vivant en Suisse. Elle-même originaire d'Afrique subsaharienne, une informatrice observe que, même si l'on quitte l'Afrique sans emporter de bien matériels (« même pas une photographie ! »), on emmène sa culture avec soi.

Les composantes de la dimension culturelle qui accroissent la fragilité par rapport au VIH/sida (et à d'autres IST) renvoient avant tout à la subordination (économique et sexuelle) de la femme, à la persistance de comportements sexuels propres à augmenter le risque d'infection (pratiques de sexes desséchés) ainsi qu'à la stigmatisation des personnes infectées qui, redoutant d'être rejetées par leur communauté (exclusion dont les informateurs ne mettent pas en doute la réalité), préfèrent cacher leur séropositivité. Cette attitude de la communauté subsaharienne s'enracine dans une représentation particulière de la maladie qui veut que celle-ci soit la conséquence d'une faute commise par la victime, faute qui ne s'explique pas nécessairement selon les critères occidentaux (par exemple comme la conséquence d'une infidélité) mais souvent comme le résultat de quelque chose de grave, d'une véritable atteinte à l'ordre moral/social (violation d'un tabou, inobservation des pratiques rituelles concernant les ancêtres, etc.). De telles interprétations ne sont pas évidentes pour tous les informateurs qui constatent simultanément le phénomène de l'exclusion des personnes infectées et les comportements visant à cacher cette séropositivité ou à éviter de susciter le moindre doute à cet égard si l'on n'est pas soi-même infecté. L'importance accordée à la maternité contribue aussi à cette fragilisation d'ordre culturel.

Cette constellation de facteurs fragilisants considérés comme typiques de la culture africaine est renforcée, entretenue dans le contexte des communautés confessionnelles et, tout particulièrement, des groupes de prière de différentes obédiences chrétiennes. Animées par des prédicateurs souvent dépourvus de formation théologique, ces communautés apparaissent extrêmement dogmatiques et conservatrices aux yeux des informateurs. Les messages qui y sont véhiculés mêlent assez étroitement foi chrétienne et éléments de culture africaine. Entretenus par les membres du groupe, les prédicateurs exercent un fort ascendant moral sur leurs paroissiens – surtout sur les femmes pour qui ils représenteraient, selon certains informateurs, un 'second mari' (en tant que figure d'autorité). Ces prédicateurs sont identifiés comme un obstacle majeur à l'utilisation du préservatif. Leur refus de s'ouvrir à des messages de prévention est interprété comme l'expression de leur crainte de perdre de l'influence. L'influence des prédicateurs serait telle que plusieurs

informateurs font état de la conviction, apparemment assez répandue au sein de la communauté subsaharienne, que grâce à la prière, Dieu peut tout accorder et, en particulier, qu'il peut à la fois protéger et guérir du sida.

L'islam est également mentionné en tant que facteur de fragilisation par certains intervenants. Il s'agit toutefois essentiellement de constats portant sur les conséquences d'une scolarité – élémentaire – accomplie dans des écoles confessionnelles sur les jeunes migrants ou, plus généralement, de règles de vie inspirées par cette confession (ne pas entretenir de relations sexuelles hors du mariage, ne pas fréquenter des prostituées) qui constituent un obstacle aux interventions préventives en bloquant toute discussion portant sur la sexualité. En revanche, les informateurs ne formulent aucune remarque au sujet de l'éventuelle emprise des imams professant dans les lieux de prière des cantons de Vaud et de Genève.

En relation avec la dimension psychologique

A un échelon plus individuel, les informateurs perçoivent un risque accru dans le besoin d'établir une relation affective avec un partenaire. Ce besoin est surtout évoqué à propos de femmes disposées à renoncer au préservatif pour établir une relation dépassant la seule dimension d'échange sexuel. De manière un peu analogue, les informateurs évoquent la situation des jeunes Subsahariennes qui multiplient les aventures, toujours convaincues d'avoir enfin trouvé le partenaire avec lequel elles pourront construire une relation durable. On a mentionné plus haut le fait qu'une maternité peut simultanément démontrer la capacité de la femme de se réaliser pleinement dans le rôle que lui assigne la culture africaine et lui permettre de s'attacher le partenaire à l'origine de la grossesse. Cette double exigence peut expliquer l'abandon du préservatif dans des circonstances où rien ne garantit pourtant le statut sérologique du partenaire.

Le besoin d'une relation affective forte pourrait être à l'origine de la faible résistance opposée à des partenaires de rencontre, souvent peu recommandables, pour les jeunes Africaines victimes de viols et d'exploitation sexuelle avant d'arriver en Suisse. Les informateurs avancent aussi que la multiplication des partenaires sexuels pourrait renvoyer à l'image extrêmement dévalorisée que ces jeunes filles se font de leur propre corps et qui les conduit à le brader.

En relation avec la prostitution

Phénomène qui, selon certains informateurs, pourrait être sensiblement plus étendu qu'on pourrait le croire au premier abord et s'apparentant à de la prostitution, passablement de Subsahariennes acceptent des relations sexuelles en échange de cadeaux ou d'argent pour « boucler leurs fins de mois » ou pour « assouvir des envies de luxe ».

En matière de prostitution, les informateurs soulignent combien il est désavantageux, pour une prostituée, de connaître son statut sérologique. En effet, se savoir séropositive implique de prendre des mesures prophylactiques qui peuvent réduire les ressources tirées de cette activité. Au demeurant, les informateurs – qui estiment difficile d'aborder cette question avec les intéressées (surtout avec les – très – jeunes Africaines exploitées dans le milieu de la prostitution) – estiment que les relations avec les clients sont généralement protégées, du moins lorsqu'elles consistent en pénétrations. La protection serait nettement moins systématique lorsqu'il s'agit d'autres pratiques. Si les relations avec les clients sont généralement protégées, tel ne serait en revanche pas le cas de celles avec les partenaires de vie ou avec les personnes dont les prostituées estiment qu'elles pourraient passer du statut de clients à celui d'amis.

En relation avec les connaissances

Les méthodes utilisées pour réunir l'information imposent de reconstruire les connaissances des migrants subsahariens à partir d'énoncés « qualitatifs ». Cette manière de procéder permet avant tout de fournir une approximation grossière de ce qu'ils savent ou ignorent du VIH/sida et des thèmes connexes. De manière générale, les informateurs observent que ces connaissances sont lacunaires et, parfois, erronées. En tout premier lieu, ils relèvent que des différences sensibles apparaissent en fonction des sous-groupes formant la population migrante d'origine subsaharienne. Les observations ne sont cependant pas dépourvues de contradictions. On relèvera surtout que les migrants récemment arrivés en Suisse sont globalement plus mal informés que ceux qui y ont déjà passé un certain temps et que le niveau des connaissances augmente avec la durée du séjour. Parmi les moins au courant, les informateurs signalent les femmes que des obstacles liés à leur genre et à des barrières linguistiques coupent des sources de renseignement qui pourraient

leur permettre de combler leurs lacunes (Somaliennes et Ethiopiennes). Provenant souvent de milieux ruraux et généralement scolarisés (quant ils le sont) dans des établissements d'enseignement confessionnels stricts (islamiques) les jeunes hommes provenant notamment de Guinée et de Sierra Leone sont également considérés parmi les moins bien informés en matière de VIH/sida et, de manière plus générale, en matière de sexualité.

Quelques personnes nient simplement l'existence du VIH/sida, estimant qu'il s'agit d'une accusation sans fondement portée contre les demandeurs d'asile africains afin de ne pas avoir à leur accorder l'asile qu'ils demandent. D'autres jugent que la Suisse est épargnée par l'épidémie et qu'il n'est par conséquent pas nécessaire de se protéger. D'autres encore estiment ne rien risquer en ayant des relations sexuelles (non protégées) avec des compatriotes immigrés en Suisse. En ce qui concerne les mécanismes à l'œuvre dans la transmission du virus, le rôle de la sexualité n'est pas ignoré. Toutefois, les informateurs observent une tendance à considérer les femmes comme seules responsables de la transmission et, de ce fait, à ne pas reconnaître que l'infection peut aussi être transmise de l'homme à la femme. Renvoyant à la représentation des mécanismes à l'œuvre, certaines mesures de protection pratiquées par une partie des migrants subsahariens confirment les connaissances lacunaires et erronées d'une partie de la population concernée. Il en va ainsi du lavage vaginal, assez largement diffusé ou de la simple douche, gestes hygiéniques auxquels certains attribuent des vertus protectrices. Dans un ordre d'idées un peu différent, la fragilisation des organes sexuels féminins conséquence de l'utilisation de substances astringentes (« sexe desséché ») et l'augmentation du risque de transmission du VIH qui en résulte ne paraît pas connue, en tout cas pas suffisamment pour conduire à une modification d'une pratique relativement courante. Enfin, la conviction qu'il est de compétence divine de protéger de l'infection ou d'en guérir – croyance à la défense et diffusion de laquelle s'attachent un certain nombre de prédicateurs – montre une autre facette des lacunes rencontrées parmi la population des migrants subsahariens.

Les lacunes recensées par les informateurs concernent également les effets de l'infection. Nombreux seraient ceux convaincus que l'infection « se voit » et que l'on reconnaît les personnes touchées à leur maigreur. Par ailleurs, le fait que l'infection débute par une phase asymptomatique paraît mal assimilé et le VIH/sida n'est souvent pris en considération qu'au moment où les atteintes à la santé commencent à réduire les capacités de travailler ou, plus généralement, de vaquer à ses occupations habituelles.

Les informateurs observent aussi un certain nombre de lacunes ou d'idées fausses à propos du test VIH. L'une des plus fondamentales concerne les demandeurs d'asile convaincus qu'un tel contrôle leur a été imposé lors de la visite médicale à laquelle ils se sont soumis à leur arrivée en Suisse et déduisant des résultats qui leur ont été transmis qu'ils sont séronégatifs. A cet égard, un informateur attire l'attention sur la réputation souvent peu flatteuse faite à la médecine européenne, suspectée d'être hostile aux Africains, de leur injecter des maladies, de les soumettre à des tests inutiles, de procéder à des avortements non désirés ou d'imposer une contraception non voulue. Une autre erreur fréquente – et susceptible d'entraîner des conséquences graves – a trait à la croyance selon laquelle le résultat d'un test vaudrait pour toute la vie (révélant ainsi une totale méconnaissance des mécanismes de transmission du virus). Enfin, les informateurs signalent la situation des jeunes femmes africaines arrivant en Suisse en vue d'épouser un compatriote déjà installé dans le pays et qui sont conduites à une consultation anonyme sans savoir ce qui les y attend et sans être en mesure d'émettre le consentement éclairé qui devrait précéder la mise en œuvre de l'examen.

Les lacunes au niveau des connaissances signalées par les informateurs concernent par ailleurs les traitements. Les migrants ne savent pas toujours où s'adresser pour se faire prendre en charge. Par ailleurs, la plupart ignorent ce qu'ils pourraient se voir offrir dans leur pays d'origine et ne sont par conséquent pas en mesure de prendre en toute connaissance de cause la décision de rester en Suisse ou de regagner leur pays. A cet égard, un certain nombre d'entre eux se méprennent sur les conséquences d'une infection sur la probabilité de voir se stabiliser leur situation en Suisse. En effet, être séropositif ne signifie pas nécessairement se voir octroyer un permis pour raisons humanitaires.

3.4 REPONSE EN TERMES DE SANTE PUBLIQUE

Tel qu'il est possible de l'esquisser à partir des données fournies par les informateurs, le dispositif de prise en charge (trois niveaux de prévention, soins, soutien social et psychosocial) existant dans les cantons de Genève et Vaud est complexe et rassemble des acteurs issus des secteurs public et privé. Le secteur public est plus particulièrement actif dans le domaine des soins tandis que le secteur privé à but non lucratif agit dans le domaine de la prévention et du soutien social et psychosocial.

Les prestations offertes à la population d'origine subsaharienne en matière de VIH/sida sont de nature purement sanitaire (soins de santé) et de nature préventive. En matière de prévention, on distingue trois niveaux de prestations : celles destinées à un public élargi de type population générale (niveau 1), celles destinées à des segments particuliers de la population (niveau 2) et celles destinées à des individus singuliers dans le cadre d'un entretien en face à face (niveau 3).

3.4.1 Réseau genevois de prise en charge

Trois filières dispensent des soins à la population d'origine subsaharienne. La première correspond au système de santé « standard » accessible à toute personne (médecine privée et médecine publique, obligation d'assurance maladie, remboursement plus ou moins intégral des charges en fonction de l'étendue de la couverture de chaque assuré). La seconde filière concerne les demandeurs d'asile. Elle est décrite, dans ses grandes lignes, dans la présente section du rapport. La troisième filière concerne les migrants en situation irrégulière (clandestins). Commune à toutes les personnes vivant en situation de grande marginalité, elle est décrite dans les pages consacrées aux clandestins (cf. section 4.5)

La filière de soins réservée aux migrants d'origine subsaharienne demandeurs d'asile est constituée d'une unité spécialisée comprenant médecins et infirmières (Centre santé migrants) et d'un réseau composé de médecins installés en pratique privée et de services hospitaliers (ambulatoires). Les demandeurs d'asile s'adressent librement au Centre santé migrants ainsi qu'aux médecins de premier recours membres du réseau. En revanche, ils ne peuvent accéder aux autres spécialistes que munis d'un avis de délégation émis par un des libres praticiens du réseau. Les urgences sont traitées comme telles dans le cadre de l'hôpital universitaire et font exception à la règle. Les demandeurs d'asile sont assurés. Les prestations remboursées correspondent à la liste LAMal (soins de base). Les demandeurs d'asile mineurs qui nécessitent une intervention médicale plus approfondie sont référés à la Consultation santé jeunes (HUG) où un médecin établit un bilan de santé complet (trois séances) qui s'attache notamment à la sphère de la sexualité et à la santé psychique (souvent fragilisée, chez les jeunes migrants, par les violences subies en Afrique ou durant le voyage vers la Suisse). En cas de besoin, les patients de la Consultation sont adressés à d'autres services de l'hôpital universitaire (gynécologie en particulier).

La filière « soins de santé » dispense aussi des prestations en matière de prévention. Celles-ci relèvent des niveaux 2 et 3. Les prestations de niveau 2 sont avant tout l'affaire du Centre santé migrants qui organise des actions à l'occasion de fêtes ou de repas en commun dans les foyers pour demandeurs d'asile (en collaboration avec le Groupe Sida Genève (GSG) et l'Hospice général). Les infirmières interviennent en particulier dans les centres accueillant des mineurs. Elles y délivrent systématiquement des informations préventives et distribuent des préservatifs. Des consultations de planning sont aussi mises sur pied dans ces centres.

Outre les actions de prévention de niveau 2, les collaborateurs du Centre santé migrants dispensent aussi des prestations préventives de niveau 3 (conseil individuel) à l'occasion des visites sanitaires durant lesquelles elles cherchent à introduire l'idée de prévention du VIH et distribuent des brochures d'information. La systématisation du test VIH (volontaire et gratuit) fait l'objet d'une réflexion qui prend notamment en compte les conséquences possibles d'un diagnostic de séropositivité sur des personnes dont les conditions de vie sont peu propices au maintien du secret, dont la présence en Suisse est incertaine et pour qui un tel diagnostic peut être vécu comme une condamnation à mort. Enfin, forme particulière de prévention, il arrive que le Centre santé migrants attire l'attention des autorités administratives sur le manège d'hommes qui se signalent par la répétition des « importations » de nouvelles « fiancées ». Les mineurs qui sont référés à la Consultation santé jeunes bénéficient également de conseils préventifs indivi-

dualisés. En cas de nécessité, la Consultation leur propose de se soumettre au test VIH. Les médecins libres praticiens formant le réseau de prise en charge des demandeurs d'asile limitent généralement leurs interventions à ce qui est requis par l'état de santé du patient. Ils ne délivrent en principe pas de messages préventifs et limitent les propositions de test à ceux dont la situation clinique paraît le requérir.

Une constellation d'institutions privées sont actives dans le domaine de la prévention et de la prise en charge psychosociale des problèmes en relation avec le VIH/sida. Elles dispensent des prestations préventives de niveau 2 (Afrimedia, Aspasia et ASFAG surtout) et de niveau 3 (ASFAG et Ministère sida de l'Eglise protestante genevoise^a avec le GSG et, plus marginalement, Afrimedia).

L'ASFAG et le Ministère sida avec le GSG prennent en charge des personnes séropositives ou malades de sida. Elles organisent un soutien à la fois social (entraide, compléments de nourriture) et psychologique (soutien sous forme de groupes de parole, d'entretiens individuels ou de soutien à domicile). Depuis peu, l'ASFAG a aussi développé un secteur d'activité de prévention primaire. Aspasia concentre son action sur les prostituées mais reconnaît rencontrer des difficultés à établir des contacts avec les femmes d'origine subsaharienne auxquelles leur statut sous l'angle du droit de l'immigration interdit de pratiquer cette activité. Outre ses actions de prévention, Aspasia vend des préservatifs au prix de revient. L'association est aussi active dans le domaine de la toxicomanie. S'agissant de la population d'origine subsaharienne, le GSG cherche à établir des contacts à l'occasion de fêtes. Ses collaborateurs interviennent en outre dans la formation des infirmières du Centre santé migrants qu'ils appuient lors de certaines de leurs interventions dans les centres de demandeurs d'asile.

3.4.2 Réseau vaudois de prise en charge

Comme à Genève, la filière de soins dédiée aux demandeurs d'asile repose sur le principe du *gate keeping*. Le SSIRA^b est une structure infirmière décentralisée (trois unités réparties dans le canton) qui voit systématiquement tous les demandeurs d'asile confiés aux autorités vaudoises. Ces unités servent de filtre et ne renvoient à des médecins généralistes (réseau FARMED) que les personnes dont la situation nécessite une intervention médicale. Les médecins de premier recours servent à leur tour de *gatekeeper* qui ne réfèrent à des spécialistes que les patients dont l'état le requiert. Une partie des prestations médicales et infirmières sont fournies par la Policlinique médicale universitaire, le reste par les hôpitaux régionaux ou par des médecins installés en pratique privée. Les demandeurs d'asile sont affiliés à l'assurance maladie. Les prestations qui leur sont allouées correspondent en principe à celles définies par la LAMal (assurance de base).

Le personnel du SSIRA délivre des prestations préventives de niveau 2, notamment au moyen d'une vidéo (« agir ensemble ») réalisée en collaboration avec la Fondation pour l'accueil des requérants d'asile (FAREAS)^c. Des séances d'information sont par ailleurs organisées dans les lieux d'hébergement des demandeurs d'asile. Elles portent notamment sur la prévention du tabac, de l'alcool, des IST et des grossesses. Les nouveaux arrivants sont systématiquement soumis à une première visite médicale à l'occasion de laquelle le personnel infirmier tente d'évaluer les connaissances en matière de VIH/sida. Une deuxième visite (concerne un quart de l'effectif) peut être organisée pour approfondir un thème particulier. Des préservatifs sont mis gratuitement à disposition dans les trois consultations. Le SSIRA distribue la brochure éditée par l'OFSP mais constate que son contenu n'est pas nécessairement adéquat (trop complexe, pas suffisamment illustrée, pas traduite dans toutes les langues comprises par les demandeurs d'asile, pas adaptée aux personnes qui ne maîtrisent pas la lecture).

Dans une perspective de prévention de niveau 2 et 3, le projet Afrimedia dispose d'un groupe de médiateurs qui recherchent le contact avec les membres de la population d'origine subsaharienne dans les lieux où ils ont l'habitude de se retrouver (commerces spécialisés en produits africains, etc.) en organisant des séances d'information. Les médiateurs sont aussi à disposition pour répondre de manière discrète et individuelle aux personnes à la recherche d'informations (Afrimedia anime notamment une permanence

^a Faute de ressources, l'Eglise protestante genevoise a décidé, en 2005, de renoncer à ce Ministère.

^b Service de santé infirmier pour requérants d'asile. Il a été remplacé depuis par le Centre de santé infirmier (CSI).

^c Organisme chargé de la prise en charge des demandeurs d'asile par les autorités vaudoises.

téléphonique, à ses débuts au moment de l'étude). Dans ce contexte de prévention de niveau 3, les médiateurs d'Afrimedia interviennent aussi à la demande d'autres fournisseurs de prestations lorsqu'ils rencontrent des difficultés à entrer en contact avec des personnes d'origines subsaharienne (par ex. dans les centres pour demandeurs d'asile).

Ouverte à tous, une consultation Test VIH anonyme, fonctionne à la Polyclinique médicale universitaire. En 2003, elle a diagnostiqué quatorze cas de séropositivité dont six concernant des personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Le test est précédé d'un counselling à l'occasion duquel le personnel a pu constater, à plusieurs reprises, que les « fiancées » arrivant d'Afrique subsaharienne n'avaient parfois pas la moindre idée de ce qui les attendait. Il est arrivé au personnel de refuser d'effectuer le test faute de consentement éclairé.

Les acteurs sont relativement nombreux dans le domaine plus général de la prévention et de l'appui psychosocial. Le centre médico-social ProFa (et ses antennes réparties à travers le canton) est surtout actif dans le domaine du planning familial. Il est notamment consulté par des femmes d'origine subsaharienne qui ont subi une interruption volontaire de grossesse ainsi que par de jeunes Africaines de deuxième génération. ProFa prend en charge des femmes plutôt jeunes (pas au delà d'une quarantaine d'années) et ses interventions sont payantes. ProFa et l'association IAMANEH conduisent un projet destiné à accompagner la grossesse de femmes de nationalité étrangère qui pourrait avoir un certain impact sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Dans le domaine particulier de la prostitution, l'association Fleur de pavé dispense des conseils et distribue des préservatifs ainsi que d'autres accessoires de protection. Son action se fonde plutôt sur des interactions entre intervenantes et prostituées seules ou en petits groupes. Ses prestations relèvent plutôt du niveau 3 de la prévention.

3.4.3 Accès aux prestations

Les informateurs savent peu de chose des prestations délivrées dans le cadre du système de santé « standard ». Si la fourniture de soins (remboursés par l'assurance maladie obligatoire) ne semble poser aucun problème – même en ce qui concerne l'accès aux HAART –, la situation est probablement différente en ce qui concerne le conseil préventif. Interrogé dans le contexte de la présente étude, un libéral praticien dont la clientèle comprend essentiellement des personnes d'origine subsaharienne déclare ne se préoccuper d'IST (y compris infections à VIH) qu'en cas de demande du patient ou en présence de symptômes. Un expert prenant en charge des patients séropositifs a constaté qu'il n'approfondissait probablement pas l'anamnèse de patients migrants. De manière plus générale, une étude consacrée au rôle des médecins suisses installés en pratique privée dans la prévention du VIH/sida⁵⁴ montrait, à fin 2002, que 40% seulement d'entre eux recherchaient de routine une éventuelle exposition au VIH auprès de leurs patients migrants. Enfin, les informations recueillies à propos des pratiques des dispensateurs publics de soins (secteur ambulatoire hospitalier) montrent que les médecins ont conscience de ne pas systématiquement explorer la sphère de la sexualité, admettant qu'une attention accrue portée à ce domaine permettrait de diagnostiquer un plus grand nombre d'IST.

S'agissant de l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile, tout indique que les dispositifs mis sur pied dans les cantons de Genève et de Vaud sont efficaces. Les demandeurs d'asile sont systématiquement examinés par des infirmières et si nécessaire par des médecins. Aucun obstacle ne s'oppose à la délivrance des traitements requis par leur état de santé (remboursés aux fournisseurs de prestations selon le système du tiers payant) ; l'accès aux HAART leur est totalement ouvert.

Les dispositifs sanitaires dédiés aux demandeurs d'asile veillent à diffuser des conseils préventifs sous différentes formes. L'obstacle majeur à la diffusion de ces conseils – tout particulièrement à ceux relevant du conseil individualisé – réside dans les limites de l'interaction entre soignant et patient. Cette interaction est notamment rendue difficile par une compréhension insuffisante de la langue utilisée par l'autre et par des valeurs culturelles antagonistes tout spécialement présente lorsque le patient est de confession islamique et lorsque patient et intervenant sont de sexe différent. Les intervenants soulignent aussi qu'il n'est pas toujours aisé d'aborder le thème de la sexualité et qu'ils peuvent ne pas y être suffisamment préparés.

3.5 PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION SUGGERÉES PAR LES PANELISTES

Invités à s'exprimer au sujet des améliorations souhaitables, les informateurs ont émis plusieurs idées qui s'organisent autour de deux pôles principaux, les fournisseurs de prestations d'une part et les destinataires de ces prestations (population cible) d'autre part. Un troisième groupe concerne d'autres acteurs à savoir ceux qui devraient allouer les ressources nécessaires à la mise en œuvre des suggestions (Tableau 8).

Tableau 8 Compilation des suggestions des panélistes pour une amélioration de la situation

Fournisseurs de prestations	Bénéficiaires des prestations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repérer les bénéficiaires particulièrement exposés (segments particuliers de la population subsaharienne) et leurs besoins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibiliser la population subsaharienne à la réalité du VIH/sida.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faciliter l'accès aux prestations. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lutter contre la tendance à exclure les personnes séropositives de la communauté subsaharienne.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantir un accueil de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer les connaissances au sujet du VIH/sida ... en veillant à rendre les messages préventifs également accessibles aux migrants les plus difficiles à atteindre (traduire, contourner le problème de l'illettrisme, choisir des médias appropriés, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter l'effort de prévention (notamment dans le cadre des consultations médicales) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer les connaissances à propos de l'offre en prestations.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la collaboration interinstitutionnelle 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adapter les ressources aux besoins
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer les prestations

Repérer les bénéficiaires

Plusieurs informateurs ont fait part des difficultés éprouvées à rencontrer les personnes susceptibles de bénéficier des prestations du dispositif de prise en charge. A ce jour, les actions de prévention ont pu essentiellement se dérouler auprès de publics plus ou moins « captifs » tels que demandeurs d'asile, clients de commerces fréquentés par des Africains (denrées alimentaires, vêtements, salons de coiffure) ou fêtes africaines. Les actions de prévention ciblées sur les problèmes des personnes infectées par le VIH se sont surtout déroulées dans des contextes particuliers (groupes de parole, groupes d'entraide). Quant aux interventions à caractère médical (visites sanitaires, soins), elles ont pour leur part concerné un public « demandeur ». Les informateurs estiment nécessaire d'élargir le cercle des destinataires de leurs prestations. Il subsiste, au sein de la communauté subsaharienne, des segments particulièrement exposés (jeunes adultes, demandeurs d'asile avec décision exécutoire de non-entrée en matière, demandeurs d'asile déboutés, clandestins, prostituées, etc.) mais les informateurs ignorent très souvent où et comment prendre contact avec eux.

Les intervenants sanitaires ou sociaux disposent d'assez peu de données sur l'état de santé sexuelle des Subsahariens. Le personnel médical et infirmier admet que la sphère sexuelle ne constitue pas un objet particulier de préoccupation et que des anamnèses sexuelles ne sont pas entreprises de routine. Les

données diagnostiques ou relatives aux interventions (notamment en ce qui concerne les IST, les IVG ou l'utilisation du préservatif) ne figurent généralement pas ailleurs que dans le dossier médical du patient. La récolte systématisée de telles données (à des fins statistiques), leur analyse et leur mise à disposition de l'ensemble des instances concernées sont insuffisantes. Ces lacunes suscitent des regrets de la part des informateurs dont certains estiment que plus d'attention portée à la sphère sexuelle permettrait de diagnostiquer un nombre plus élevé de maladies sexuellement transmissibles.

Faciliter l'accès aux prestations

Certains segments de la population subsaharienne sont dans l'impossibilité d'accéder à des prestations telles que test VIH gratuit ou plus généralement soins de santé. Les barrières sont de divers ordres : financières (faute d'affiliation à l'assurance maladie ou de ressources financières suffisantes), statutaires (crainte d'être identifié et expulsé de Suisse au cas où l'on s'adresse à un fournisseur de prestations relevant des données personnelles) mais aussi géographiques ou temporelles (distance à parcourir pour atteindre le fournisseur de la prestation).

Garantir un accueil de qualité

Les fournisseurs de prestations ne sont pas toujours suffisamment au courant des valeurs et des habitudes des migrants subsahariens (« on est sur des planètes différentes »). D'autres situations sont mentionnées telles que les difficultés rencontrées par le personnel de santé féminin pour aborder des thèmes en relation avec la sexualité avec des hommes musulmans ou le souhait de bon nombre de migrants de retrouver toujours le même interlocuteur pour aborder ce type de questions. Les informateurs préconisent d'améliorer la formation « transculturelle » des intervenants ou, à tout le moins, de publier un aide mémoire énumérant les fausses idées reçues et les principales particularités culturelles de certains patients/usagers.

Augmenter l'effort de prévention

Les informateurs relèvent que le personnel médical et infirmier ne tire pas suffisamment parti de la situation particulière de la consultation pour aborder des thèmes en relation avec le thème des maladies sexuellement transmissibles et du sida et diffuser des conseils préventifs adaptés à la situation individuelle de leur patient. Cette remarque renvoie dans une large mesure aux lacunes constatées en matière d'anamnèse sexuelle qui devrait constituer le premier pas d'une démarche de prévention personnalisée.

Améliorer la collaboration interinstitutionnelle

Plusieurs remarques ont été formulées à propos de la dispersion des efforts des intervenants. Il n'est pas rare que ceux-ci se succèdent auprès du même public et qu'ils soient ainsi à l'origine d'un certain gaspillage. Par ailleurs, les informateurs relèvent combien il est difficile d'obtenir les informations – détenues par d'autres intervenants – qui faciliteraient le travail au quotidien. Cette remarque s'applique aussi à la collaboration entre les services d'un même hôpital.

Sensibiliser la population subsaharienne à la réalité du VIH/sida

Les prises de risques renvoyant à la croyance que la Suisse serait épargnée par le VIH/sida ou que le VIH/sida serait une invention malveillante permettant d'écarter les demandeurs d'asile indiquent qu'une partie des migrants subsahariens entretiennent un rapport particulier avec la réalité de l'épidémie. Démanteler cette croyance (par exemple grâce à l'intervention de Subsahariens séropositifs ou malades) devrait précéder la diffusion de messages préventifs qui resteront de peu d'effet si le VIH/sida continue d'être nié.

Lutter contre la tendance à exclure les personnes séropositives de la communauté subsaharienne

La crainte d'être rejeté par sa communauté – voire par ses proches – retient passablement de migrants subsahariens de chercher à connaître leur statut sérologique ou de laisser supposer qu'ils sont séropositifs (ou qu'ils pourraient l'être). Lutter contre l'exclusion des personnes infectées peut améliorer la situation. Cela passe par la compréhension des mécanismes à l'œuvre, lesquels plongent leurs racines dans les représentations de la maladie et de ses causes, elles-mêmes reliées à de nombreuses composantes culturelles (concernant par exemple la sexualité et l'organisation sociale).

Améliorer les connaissances au sujet du VIH/sida

Même si un tableau précis de la situation fait défaut et que les informateurs rapportent avant tout leur perception subjective de la situation, les lacunes et les erreurs constatées au niveau des connaissances relatives au VIH/sida plaident en faveur d'une amélioration du niveau de connaissance de cette population. L'accent doit être porté tout autant sur les modalités d'infection (par le VIH ou d'autres germes), sur les risques auxquels on peut s'exposer, sur les moyens de s'en protéger, sur le test et sa signification, sur les traitements ainsi que sur les possibilités de procréer pour les personnes séropositives.. Si l'objectif est évident, les moyens d'y parvenir le sont moins. Les informateurs insistent en particulier sur la nécessité de tenir compte de facteurs tels que l'analphabétisme et ils suggèrent de choisir des supports adaptés aux habitudes de ce segment de population (accent mis sur la transmission orale, par exemple en recourant à l'art des peintres sur verre, à celui des griots ou à la vidéo). Dans tous les cas, un effort particulier doit être voué à la traduction de l'information et des messages préventifs.

Améliorer les connaissances au sujet des prestations

A l'échelon local ou régional, une partie de la population migrante subsaharienne semble ne pas suffisamment connaître – ou ne pas suffisamment utiliser – les prestations offertes. Dans le domaine de la prévention, la permanence téléphonique d'Afrimedia n'avait par exemple pas été utilisée durant ses premiers mois de fonctionnement. A Genève, les prostituées non autorisées à pratiquer cette activité ne s'adressent pas à l'association qui a pourtant vocation de les aider.

A l'échelon international, les informateurs retiennent de première importance de collecter des données au sujet des prestations offertes dans les pays d'origine des migrants (disponibilité des traitements, coûts, etc.) car ils jugent que savoir que l'on peut aussi être pris en charge dans son pays d'origine pourrait faciliter le retour de ceux qui vivent mal leur maladie en Suisse (clandestins en particulier).

Adapter les ressources aux besoins

Plusieurs informateurs ont souligné la modicité des moyens dont ils disposent pour répondre aux besoins de la population d'origine subsaharienne. C'est tout particulièrement le cas d'associations privées subventionnées telles qu'Afrimedia ou ASFAG dont les collaborateurs, peu rétribués, ne peuvent consacrer suffisamment de temps aux sollicitations qui leur sont adressées ou à la satisfaction des besoins qu'ils ont mis en évidence.

La question des ressources est en outre probablement sous-jacente lorsqu'il s'agit de prévention au cabinet médical (secteur public et secteur privé). La tarification des prestations médicales laisse peu de place à la prévention, surtout si celle-ci suppose des investigations préalables non requises par l'état du patient (anamnèse sexuelle).

Evaluer les prestations

La plupart des informateurs indiquent ne pas savoir quel usage leurs patients ou usagers font de leurs conseils préventifs ou du matériel mis à disposition. Ils ont l'impression de travailler dans le vide et souhaitent que des évaluations leur offrent la possibilité d'améliorer leurs prestations.

3.6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS POUR LES POPULATIONS SUBSAHARIENNES

A-t-on fait le tour de la situation et a-t-on identifié les problèmes principaux ?

- 1. Les informations récoltées donnent une vision qualitativement étendue des problèmes rencontrés par les migrants subsahariens. Il est probable qu'aucun problème majeur n'ait échappé à l'attention.**
- 2. En revanche, les niveaux d'exposition au risque et leur répartition dans divers sous-groupes de cette population restent très peu précis.**
- 3. Les experts (de la phase exploratoire ou du panel) connaissent bien l'environnement social des migrants subsahariens ainsi que la précarité de leur situation et la fragilité qui**

en résultent. En matière d'exposition au risque VIH, une partie des informateurs ne possèdent toutefois que des connaissances générales. Ils n'explorent pas de manière approfondie les comportements sexuels des personnes qu'ils prennent en charge et ne sont pas à même de donner des estimations quantitatives du niveau du risque.

Les publications relatives à la vulnérabilité des migrants subsahariens vivant en Europe sont nombreuses. Ce thème ne peut pas être abordé sans prendre en compte une partie des études consacrées à la situation dans les pays d'origine. Les documents accessibles fournissent des informations sur la situation prévalant dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne ainsi que dans certains pays d'immigration (Grande-Bretagne en particulier). Ils évoquent quelques facteurs susceptibles d'exercer une influence sur le comportement des migrants. La comparaison entre les différents pays d'immigration est rendue difficile en raison de l'absence d'une définition commune de la notion de « migrant d'origine subsaharienne ». Les sources consultées permettent cependant d'établir l'existence de comportements à risque (essentiellement des relations hétérosexuelles non protégées) et de mettre en évidence des segments particulièrement vulnérables au sein de la population d'origine subsaharienne (femmes en général mais aussi personnes paupérisées et prostituées).

Les experts consultés dans le contexte de l'étude connaissent bien la population subsaharienne pour la fréquenter dans le cadre de leurs activités professionnelles mais aussi, pour certains, en leur qualité de membres de cette communauté. Ils sont sensibilisés à l'existence des problèmes qu'elle rencontre et qu'elle soulève. On constate toutefois que l'image qu'ils en ont est assez rarement construite sur la récolte d'informations concernant individuellement les personnes qu'ils prennent en charge (recueillies par exemple dans le contexte d'une anamnèse sexuelle ou de notes biographiques).

Durant la phase exploratoire de recherche de données et de récolte d'informations, plusieurs experts ont manifesté de la réticence à s'exprimer au sujet des comportements sexuels des migrants subsahariens. Cette retenue s'est notamment manifestée en cherchant à éluder les questions portant sur ce thème (en déclinant la demande d'entretien) ou en renonçant à examiner les motifs de consultation sous l'angle de la nationalité des patients/usagers au motif qu'une telle analyse pourrait entraîner des conséquences dommageables pour les personnes concernées (stigmatisation et xénophobie). La remarque d'un informateur « je préfère gommer les différences plutôt que les mettre en évidence » résume parfaitement cette attitude.

Les investigations réalisées (documents publiés et informations récoltées auprès des experts) permettent d'identifier les principaux problèmes ainsi que les segments les plus vulnérables de la population des migrants originaires d'Afrique subsaharienne :

Principaux problèmes

La fréquence apparemment élevée des relations non protégées trouvée dans la littérature et rapportée par les experts constitue le problème central. Au-delà de cette évidence, c'est ce qui conduit à cette protection insuffisante qui retient l'attention et qui constitue les problèmes identifiés dans le contexte de l'étude. Les thèmes de réflexion les plus fréquemment évoqués sont :

- L'insuffisance des connaissances en relation avec la transmission du VIH et les moyens de protection. Les lacunes sont bien réelles dans la population subsaharienne déjà présente en Suisse. Elles semblent encore plus importantes parmi les nouveaux arrivants et, plus particulièrement, parmi les demandeurs d'asile provenant de zones de conflit où les programmes de prévention sanitaire ont disparu pour être remplacés par des actions humanitaires centrées sur les urgences vitales (alimentation notamment).
- L'insuffisance des connaissances en relation avec sa situation personnelle (sérologie VIH, conscience des risques pris).
- Les réticences face au test VIH évoquées au point précédent renvoient en particulier à la crainte d'exclusion sociale qui menace les personnes infectées dans les sociétés africaines.
- Les problèmes posés par l'expression de valeurs particulièrement présentes dans la culture subsaharienne (respectivement dans les cultures subsahariennes) et qui s'opposent à l'usage du préservatif : importance des enfants (et de la procréation), croyances et pratiques en relation avec la sexualité.
- L'influence de la religion (chrétienne ou musulmane) qui s'appuie parfois sur une vision dogmatique pour dissuader les paroissiens de chercher à prévenir l'infection VIH ou de se soigner.

- Le recours à la prostitution de la part de migrantes subsahariennes comprend une dimension « professionnelle » et une dimension « occasionnelle ».
- Certaines prostituées professionnelles subsahariennes sont pénalisées par leur clandestinité. Celle-ci représente une forme d'interdiction professionnelle qui les refoule vers des espaces où elles se retrouvent seules face aux exigences et à la violence des clients. Elles sont de ce fait exposées à des risques qui excèdent ceux inhérents à la prostitution.
- Les femmes qui monnaient occasionnellement des relations sexuelles et pratiquent une prostitution de survie n'abordent pas toujours cette activité avec une conscience suffisante des risques qui lui sont associés et, plus négligentes en termes de protection, s'exposent à un risque accru d'infection.
- Le recours à la prostitution est perçu comme un problème susceptible de gagner en ampleur suite à la réduction constante des prestations accordées à certaines catégories de demandeurs d'asile.
- L'incertitude face à laquelle les demandeurs d'asile se trouvent à propos de leur avenir fait passer au second plan les préoccupations concernant la protection contre le VIH.
- L'accès à la population subsaharienne est compliqué. La population subsaharienne est diverse. Les associations (plus ou moins formelles) qui se constituent en son sein manquent assez souvent de cohésion et de visibilité. Cette situation constitue un obstacle pour les intervenants qui cherchent à entrer en contact avec des migrants subsahariens. Ils peuvent toutefois tirer parti de quelques structures constituant des passages obligés [par exemple les structures de prise en charge sanitaire pour demandeurs d'asile, les polycliniques médicales ou, comme à Lausanne, le Forum des étrangères et étrangers (FEEL) qui, en sa qualité d'organe faîtière des associations d'étrangers est en mesure de faciliter les contacts avec les associations-membres].
- Même si on tend souvent à la considérer comme telle, la population subsaharienne ne forme probablement pas une communauté avec ce que ce terme suppose de conscience collective d'une identité de destin et, par voie de conséquence, d'une préoccupation partagée à propos du VIH/sida.

Segments particulièrement vulnérables de la population subsaharienne

- Migrants en situation de précarité économique et statutaire (la première étant dans une large mesure déterminée par la seconde). Cette situation est courante parmi les demandeurs d'asile.
- Femmes en général, dans la mesure où leur adhésion aux exigences culturelles de la maternité, leur soumission aux choix de leurs partenaires masculins, leur dépendance économique et les pressions de nature religieuse peuvent les placer dans une position désavantageuse pour négocier l'usage du préservatif dans leurs relations sexuelles.
- Jeunes migrants des deux sexes (demandeurs d'asile) en raison de la perte de repères sociaux et culturels qu'implique leur départ et qui, faute d'encadrement et de perspectives d'intégration sociale et professionnelle sont marginalisés et exposés aux conséquences de la paupérisation. Souvent victimes d'abus sexuels en Afrique ou durant le voyage vers l'Europe, les jeunes filles sont encore rendues plus vulnérables en raison de l'impact psychologique des agressions subies.
- Prostituées des deux sexes en raison des pressions économiques qui peuvent les contraindre à accepter des relations non protégées. Souvent dépourvues de statut sous l'angle du droit de l'immigration les femmes doivent en outre pratiquer dans les zones les moins surveillées ce qui accroît les risques auxquels elles sont exposées. Quant aux hommes, le fait de se prostituer à des homosexuels constitue également un facteur d'augmentation des risques.
- Personnes séropositives dans la mesure où la crainte d'être exclues de leur communauté les conduit à refuser tout comportement (protection en particulier) susceptible de les dénoncer à leur partenaire.

Les informations disponibles sont-elles suffisantes pour se prononcer sur la situation et pour agir ?

Les informations disponibles sont suffisantes pour se prononcer sur la situation et son évolution et pour agir en vue de réduire l'impact de l'épidémie. Les actions à entreprendre concernent les trois niveaux de la prévention

L'existence de comportements à risque (relations sexuelles non protégées) parmi les migrants originaires d'Afrique subsaharienne est d'une part attestée par le système de surveillance biologique et par un certain nombre d'indicateurs (par le taux d'utilisation des préservatifs – établi par les plannings familiaux –, par le

taux élevé d'interruptions volontaires de grossesses, par le taux de résultats positifs au test anonyme VIH) et, d'autre part, par les informations recueillies par les experts auprès de personnes appartenant à ce groupe. Ces informations confirment amplement la nécessité d'agir pour prévenir la diffusion du VIH parmi la population originaire d'Afrique subsaharienne ou à partir de cette population. Les trois niveaux de la prévention sont concernés.

- Niveau 1 – A ce jour, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne n'ont pas été représentées, dans les campagnes destinées à la population générale, comme faisant elles-mêmes partie de cette population. Cette lacune devrait être comblée en faisant aussi figurer, par exemple sur les affiches, etc. des personnes de leur communauté parmi des personnes d'origine européenne. Cela permettrait aux migrants subsahariens de s'identifier à la population générale – i.e. de ne pas se percevoir comme un groupe particulier (stigmatisé) – et de s'approprier les messages de prévention.
- Niveau 2 – Les actions et projets de prévention dans les lieux où les migrants subsahariens entrent en contact avec des intervenants devraient être initiés, poursuivis et renforcés. Ces projets doivent être coordonnés pour éviter de se concentrer sur les groupes les plus facilement accessibles. Leur efficacité et leur couverture doivent être évaluées.
L'accès aux préservatifs pour les groupes les plus précarisés devrait en particulier être facilité, soit par leur gratuité, soit par leur vente au prix coûtant ou à un prix abaissé.
- Niveau 3 – Les intervenants – surtout ceux qui dispensent des soins – occupent une place particulièrement favorable pour investiguer les risques et pour dispenser des conseils individualisés. Leur efficacité dépend dans une large mesure du soin pris à investiguer les risques auxquels leurs patients sont exposés. Actuellement les intervenants concentrent souvent leurs efforts sur la diffusion de conseils préventifs mais négligent d'investiguer les risques auxquels le patient/usager s'expose. Un effort de formation et de promotion devrait être consenti dans ce domaine dans le double objectif d'améliorer la surveillance de l'évolution des risques et la prévention. Une attention particulière devrait être portée à l'activité sexuelle des personnes séropositives. Investiguer cette dimension de leur existence, leur apporter conseil et soutien dans leurs efforts en vue de prévenir la diffusion de l'infection apparaît absolument indispensable.

La méthode utilisée (panel) est-elle adéquate et les données suffisantes ?

La méthode du panel paraît pertinente sur le principe mais elle doit être améliorée : elle est, pour l'instant, efficace qualitativement pour repérer les segments vulnérables de la population et identifier les problèmes mais elle est insuffisante pour la surveillance des comportements.

La population résidante permanente d'origine subsaharienne s'élevait à plus de 25 000 personnes à fin 2004. Au même moment, environ 16 000 personnes provenant de cette zone de l'Afrique se trouvaient dans le processus d'asile, effectif auquel on doit ajouter un nombre indéfini de migrants subsahariens en situation irrégulière. Choisis majoritairement parmi les intervenants actifs dans le secteur public de la santé et auprès des institutions à vocation sociale prenant en charge des personnes en difficulté, les informateurs mobilisés dans le cadre du panel sont bien placés pour parler des comportements et des difficultés des migrants d'origine subsaharienne les plus vulnérables.

Dans la première phase, les experts ont surtout fait part d'impressions générales. Satisfaisante pour énoncer les problèmes principaux et les populations les plus vulnérables, cette manière de procéder est insuffisante pour quantifier le niveau des comportements à risque (et des connaissances) et pour surveiller leur évolution. Des dispositions supplémentaires doivent être prises pour que la méthode mise en oeuvre puisse contribuer efficacement à l'étude de la situation et de son évolution, en particulier concernant les questions centrales pour la prévention du VIH : sexualité, prise de risque et protection. Les membres du panel doivent développer leur capacité de détecter les problèmes et d'apprécier leur niveau. Ils doivent faire preuve de systématique lors de leurs contacts avec les migrants subsahariens de manière à fonder leur avis sur un grand nombre de constats et non pas ~~plutôt~~ sur des impressions.

En outre, cette méthode a mis en évidence la nécessité de pouvoir disposer de données réunies de manière systématique, par exemple en ce qui concerne les comportements de protection, les demandes de contraception post-coïtale, etc. Ces données doivent être relevées avec l'origine des personnes concernées.

Convient-il de procéder à des enquêtes de population ?

Pas immédiatement mais, en parallèle au panel, il faut réfléchir à la possibilité de mettre sur pied des petites enquêtes sentinelles dans des institutions particulièrement intéressantes comme point de passage des migrants d'origine subsaharienne (des polycliniques gynécologiques par exemple). Cela nécessiterait toutefois des ressources spécifiques.

4 MIGRANTS VIVANT SANS STATUT LEGAL DANS LES CANTONS DE VAUD ET DE GENEVE

4.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

4.1.1 Données démographiques publiées

Plusieurs tentatives de quantification des migrants en situation irrégulière ont été entreprises ces dernières années. En 1998, Heiniger et Haug⁵⁵ avançaient une valeur située entre 50'000 et 150'000. Deux ans plus tard, Efonyai et Cattacin⁵⁶ estimaient que la fourchette allait de 150'000 à 300'000. Enfin, en 2002, Piguët et Losa^{57,58} évaluaient entre 70'000 et 180'000 les clandestins vivant en Suisse. Réalisée à la demande de l'administration fédérale par Longchamp et al.⁵, l'évaluation la plus récente établit cette population à environ 90'000 personnes ($\pm 10'000$).

A l'échelon des cantons concernés et selon les experts locaux interrogés par Longchamp et al., entre 12'000 et 15'000 clandestins séjourneraient dans le canton de Vaud et entre 8'000 et 12'000 dans le canton de Genève. A un échelon infra-cantonal, Valli⁶ évalue entre 4'550 et 6'750 l'effectif des migrants en situation irrégulière vivant en région lausannoise.

S'agissant de Lausanne, Valli distingue plusieurs groupes de clandestins en fonction de leur nationalité ou d'autres particularités (statut selon le droit de l'immigration, activité déployée en Suisse). Par ordre décroissant d'importance numérique, la population des migrants en situation irrégulière est formée de personnes (souvent des familles) originaires d'Amérique du Sud, de demandeurs d'asile déboutés, de jeunes Maghrébins, d'ex-saisonniers, de nouveaux saisonniers provenant d'Europe de l'Est, d'Asiatiques en transit, de prostituées prises en charge par des réseaux organisés et de personnes dont la situation est en voie de régularisation. A Lausanne, les Latino-américains représenteraient environ 50% de l'effectif des clandestins (entre 2'000 et 3'000 personnes). Il s'agit en premier lieu d'Equatoriens puis de Brésiliens, de Colombiens, de Péruviens et de Boliviens. Autres migrants identifiés selon leur appartenance nationale, les jeunes Maghrébins formeraient un groupe de 300 à 500 personnes. Les autres clandestins repérés sur la base de ce critère (Européens de l'Est, Asiatiques) ne peuvent être quantifiés. S'agissant de Genève, Longchamp et al. n'ont pas distingué le canton de l'agglomération. Ils ne fournissent aucune précision quant à la composition du groupe des clandestins, se limitant à mentionner qu'il s'agit en majorité de femmes originaires d'Amérique latine. Tant à Lausanne qu'à Genève, la majorité des clandestins ont entre 20 et 40 ans (entre 65 et 75% du collectif à Lausanne et environ 68% à Genève).

Etabli sur la base des travaux de Valli⁶, le Tableau 9 présente les principales caractéristiques de la population des migrants en situation irrégulière vivant en région lausannoise. D'une manière générale, Valli relève que ces migrants ont en commun une grande précarité. Celle-ci renvoie à leur absence de statut et au fait qu'employeurs et propriétaires de logements peuvent tirer parti de cette situation pour imposer des salaires très bas ou des loyers exagérés par rapport aux logements mis à disposition. La limitation des ressources et la nécessité de devoir en soustraire de quoi envoyer de l'argent à la famille restée au pays, payer ses dettes de voyage ou rassembler les économies qui permettraient de regagner le pays imposent des conditions de vie impliquant souvent promiscuité (partager à plusieurs un logement exigu) et malnutrition. Sans assurance maladie en dépit de l'interprétation faite par les autorités fédérales de l'obligation de s'affilier, la grande majorité des migrants en situation irrégulière se limitent à consulter un médecin lorsque leur état de santé se dégrade au point d'entraver leur activité professionnelle.

Longchamp et al.⁵ relèvent que la présence des sans-papiers en Suisse s'explique avant tout par des facteurs économiques (mauvaises conditions de vie dans le pays d'origine et demande solvable de travail peu qualifié et mal rétribué^a en Suisse).

^a Dans certains secteurs économiques (hôtellerie et restauration ou agriculture) ainsi que dans les ménages privés (personnel de nettoyage, garde d'enfants).

Tableau 9 Principales caractéristiques démographiques des clandestins vivant à Lausanne

Origine / Catégorie	Principales caractéristiques
Amérique latine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equateur (69% des écoliers scolarisés à Lausanne), Brésil, Pérou, Colombie, Bolivie ▪ Familles avec enfant(s), souvent des ménages monoparentaux avec une femme comme chef de famille. Proportion élevée de mères célibataires ou divorcées. Les femmes mariées arrivent les premières (plus aisé de trouver du travail pour une femme), rejointes plus tard par leur mari ▪ Forte solidarité familiale (ceux déjà installés soutiennent ceux qui viennent d'arriver) ▪ Bonne formation (parfois de niveau universitaire) ▪ Forte capacité d'intégration (scolarisation des enfants, cours de langue, participation à des activités culturelles, participation à des actions de prévention dans le domaine sexuel) ▪ Ressources financières limitées (bas salaires, activités professionnelles précaires) ▪ Prostitution concerne de petits effectifs, surtout des femmes brésiliennes
Demandeurs d'asile déboutés	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ex-Yougoslavie, Turquie (Kurdistan), Colombie, Algérie, Afrique subsaharienne (Somalie, Sierra Leone, RD Congo, Mauritanie, Guinée, Guinée Bissau, Angola), Sri Lanka, Russie, Georgie, Arménie ▪ Séjour de plusieurs années en Suisse ; réseau de connaissances pouvant leur procurer de l'aide ▪ Proportion élevée de jeunes hommes célibataires ▪ Forte mobilité (intercantonale et internationale) ; s'orientent en fonction des occasions de travail
Maghreb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Algérie, Maroc, Tunisie (dans une moindre mesure) ▪ Jeunes hommes (17-30 ans) ▪ Forte mobilité intercantonale et internationale (France) ▪ Marginalisation ; proportion notable de personnes commettant des délits pour assurer leur survie (larcins, vols, trafic de stupéfiants) ; sans logement (recours aux structures d'hébergement d'urgence) ▪ Peu soucieux d'être vus (profitent de la perméabilité de la frontière avec la France) ▪ Hygiène souvent déficiente, abus d'alcool (proches du profil des toxicomanes marginalisés)
Ex-saisonniers	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Portugal, Espagne, Ex-Yougoslavie (les accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne devraient régler le cas des ressortissants communautaires) ▪ Bien intégrés, parfois depuis des dizaines d'années en Suisse
Nouveaux saisonniers d'Europe de l'Est	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pologne, Russie, Ukraine, Georgie, Tchéquie, etc. ▪ Migrants saisonniers, plus nombreux à la campagne qu'en ville ▪ Célibataires ou hommes mariés se déplaçant seuls ▪ Quelques membres de réseaux criminels (prostitution notamment) ▪ Un certain nombre de musiciens de rue (Tsiganes roumains en particulier) habitués à recourir aux structures d'hébergement à seuil bas
Asiatiques « en transit »	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Chine (en particulier) ▪ Personnes jeunes ▪ Parfois au bénéfice de permis d'étudiant (mais ne fréquentent jamais les cours et trouvent souvent à s'employer dans le domaine de la restauration) ▪ Population caractérisée par son extrême discrétion ▪ Quelques personnes utilisent les structures à seuil bas (en particulier pour recevoir de la nourriture)
Membres de réseaux liés à la prostitution	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cameroun, Brésil ▪ Femmes venues seules en Suisse (les enfants sont restés au pays) ▪ Se prostituent notamment dans les nombreux salons existant en région lausannoise ▪ Conditions de logement d'une grande précarité (souvent le lieu où elles exercent leur activité) ▪ Plutôt en bonne santé à leur arrivée en Suisse (quelques cas de séropositivité pas exclus) ; exposées aux risques inhérents à leur activité (maladies sexuellement transmissibles, grossesses non désirées)

Source : M. Valli

4.1.2 Données démographiques fournies par les informateurs

La plupart des informateurs possèdent peu d'informations de nature démographique au sujet des clandestins vivant dans la région où ils sont actifs. La grande majorité des clandestins connus proviennent d'Amérique latine (Bolivie, Brésil, Colombie, Equateur, Pérou essentiellement), dans une moindre mesure

d’Afrique du Nord. D’autres provenances sont mentionnées mais elles concernent des groupes moins visibles (Europe de l’Est – notamment Georgie, Ukraine, Fédération de Russie –, Mongolie, Népal, Philippines, Thaïlande). Des clandestins provenant de pays de l’Afrique subsaharienne sont également fréquemment signalés sans qu’il soit toutefois possible d’en estimer le nombre^a. Certains clandestins vivent en Suisse sous une fausse identité (passeport acheté ou loué à un tiers) ce qui peut rendre problématique leur suivi dans le secteur sanitaire en raison de la confusion qui en résulte en matière de données médicales (qui concernent-elles vraiment ?).

Tableau 10 Principales caractéristiques démographiques des clandestins évoquées par les informateurs

Origine / Catégorie	Principales caractéristiques
Amérique latine	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brésil, Pérou, Bolivie, Colombie, Equateur ▪ Equateur plutôt représenté à Lausanne ; Colombie et Pérou plutôt à Genève ▪ Forte présence féminine ; les femmes arrivent les premières ; par la suite, elles font parfois arriver enfants et mari. Forte présence aussi de femmes célibataires. ▪ Présence de jeunes filles et jeunes hommes venus rejoindre leur mère (en situation irrégulière) ▪ Bon niveau de connaissances (en particulier en matière de VIH/sida) ▪ Présence de personnes séropositives (originaires du Brésil en particulier) ▪ Migration en Suisse à but essentiellement financier ▪ De retour au pays (même après l’échec de leur projet), les migrants présentent une image très favorable de la Suisse, ce qui suscite de nouvelles vocations ▪ Recours aux prestations des structures à bas seuil d’accès (soins sanitaires et hygiène)
Afrique du Nord	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hommes jeunes (25-35 ans) ▪ Nombreux parmi les utilisateurs de structures à bas seuil d’accès
Afrique subsaharienne (abstraction faite de ce qui a déjà été abordé au chapitre 3)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prostitution (concerne surtout les Camerounaises mais arrivée de femmes du Nigéria, du Libéria et d’Afrique du Sud)
Asie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mongolie, Népal, Philippines ▪ Présence de personnes séropositives
Europe de l’Est	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Georgie, Ukraine, Biélorussie ▪ Prostitution ▪ Consommation de stupéfiants
Demandeurs d’asile avec décision de non-entrée en matière (NEM)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La réduction des prestations sanitaires les prive d’un accès suffisant aux soins et à la prévention ▪ Crainte que l’effectif de cette population augmente de manière significative

La population des clandestins est majoritairement composée de femmes latino-américaines. Certaines sont accompagnées d’enfants ou rejointes par leurs filles, elles aussi à la recherche d’un emploi. La présence de femmes mariées n’est pas rare au sein de ce groupe. Un certain pourcentage d’entre elles ont gagné seules la Suisse, laissant mari et enfant(s) dans leur pays d’origine. Cette situation renvoie au fait qu’il paraît plus aisé pour une femme que pour un homme de trouver un emploi. Les migrants en situation irrégulière viennent en Suisse pour travailler. Alors que certains observateurs décrivaient une population comprenant un pourcentage élevé de personnes bien formées, les experts estiment que le niveau de qualification tend actuellement à diminuer. Les informateurs n’évoquent pas les secteurs économiques qui emploient ce personnel clandestin. Ils signalent toutefois qu’une partie de ces personnes migrantes se prostituent. Implicites ou explicites, les mentions concernant les conditions de vie précaires des clandestins sont nombreuses. Elles sont associées à une augmentation des risques sanitaires auxquels ils sont exposés. Selon les informateurs, la situation est en train de se péjorer sensiblement (Tableau 10).

^a La situation des migrants d’origine subsaharienne (quel que soit leur statut au regard du droit de l’immigration) est abordée au chapitre 3 du présent rapport. Il n’en sera par conséquent en principe plus fait état dans ce chapitre.

4.2 DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

4.2.1 Epidémiologie dans les pays d'origine des personnes sans statut légal

Le Tableau 11 présente la prévalence du VIH estimée par ONUSIDA pour les pays d'origine des migrants en situation irrégulière mentionnés par les informateurs. Les prévalences calculées à l'échelon de la population générale sont plutôt basses. Plusieurs de ces pays connaissent cependant des prévalences très élevées dans certains groupes de population (consommateurs de stupéfiants ou prostituées par exemple). L'Europe orientale est par contre confrontée à une épidémie qui s'est très rapidement installée^{9,59}.

Tableau 11 Prévalence du VIH/sida dans les pays de provenance des migrants en situation irrégulière mentionnés par les informateurs (taux chez l'adulte de 15 à 49 ans)

Afrique du Nord		Amérique latine		Asie		Europe orientale et Asie centrale	
Algérie	0.1	Bolivie	0.1	Mongolie	<0.1	Féd. Russie	1.1
Maroc	0.1	Brésil	0.7	Népal	0.5	Géorgie	0.1
Tunisie	<0.1	Chili	0.3	Philippines	<0.1	Ukraine	1.4
		Colombie	0.7	Thaïlande	1.5		
		Equateur	0.3				
		Pérou	0.5				

Source : Onusida 'Rapport sur l'épidémie mondiale de Sida 2004'

4.2.2 Situation épidémiologique en Suisse

Bien que probablement biaisée par les habitudes de consultation, l'analyse des tests anonymes réalisés en Suisse entre 2000 et 2003 selon l'origine des patients montre que les taux de tests positifs chez les personnes venant d'Amérique du Sud sont quatre fois plus élevés que ceux concernant les Suisses (Tableau 5).

4.2.3 Données épidémiologiques fournies par les informateurs

Bodenman et al. signalent environ 16% de diagnostics de pathologies de la sphère uro-génitale parmi les migrants en situation irrégulière consultant une policlinique universitaire lémanique⁶⁰.

Une structure sanitaire privée à bas seuil active à Lausanne (Point d'eau) dont 87% des usagers sont des migrants en situation irrégulière indique que plus de 20% des consultations concernaient des plaintes d'origine gynécologiques ou urologiques. A Fribourg, une structure analogue (Fri-Santé) fait état de 15% de consultations concernant des problèmes gynécologiques et de 2 à 3% concernant des maladies infectieuses telles que VIH/sida ou IST.

Les avis en ce qui concerne les tendances sont peu clairs. Des informateurs parlent d'une augmentation alors que d'autres parlent plutôt de stabilité. En tout état de cause, de l'avis des experts, les consultations pour IST constituent une dimension quotidienne de l'activité des structures sanitaires dédiées aux clandestins.

4.3 EXPOSITION AU RISQUE

4.3.1 Exposition au risque selon les informateurs

La plupart des informateurs relèvent qu'ils ne disposent pas d'informations très précises quant aux risques pris par les migrants en situation irrégulière. Faute de ressources (temps, moyens financiers), les consultations n'abordent pas souvent le thème de la sexualité et des habitudes de protection, domaines que les intervenants ne se sentent du reste pas toujours à l'aise d'explorer. De leur côté, les Latino-américains – majoritaires parmi cette population – sont peu enclins à aborder spontanément cette question. La conjonction de ces facteurs aboutit, selon le constat d'un médecin actif dans une policlinique, à « sous diagnostiquer » les problèmes en relation avec la sphère sexuelle.

Quelques données récoltées par les informateurs fournissent des indications sur les comportements sexuels des femmes originaires d'Amérique latine et/ou de femmes vivant en situation irrégulière.

L'utilisation du préservatif chez les femmes clandestines ou sud-américaines est documentée par la fondation Profa. Les données concernent les nouvelles patientes enregistrées en 2003 dans les consultations de Lausanne et de Renens. Les pourcentages très semblables de femmes sans permis et de femmes sud-américaines suggère qu'il pourrait s'agir de la même population (Tableau 12 et Tableau 13).

Les patientes latino-américaines sont proportionnellement moins nombreuses que les patientes suisses à utiliser systématiquement le préservatif. Le Tableau 13 permet au surplus d'observer que l'utilisation du préservatif diminue au fur et à mesure que le statut sous l'angle du droit de l'immigration se précarise. Suissesses et titulaires d'un permis C sont ainsi proportionnellement plus nombreuses à utiliser systématiquement des préservatifs que les femmes ayant un permis plus 'précaire'.

Tableau 12 Profa : Proportion de nouvelles patientes déclarant utiliser systématiquement le préservatif (2003)

	Profa Lausanne (443 non CH ; 606 CH)	Profa Renens (353 non CH ; 141 CH)
Suisse	38.9	36.2
Amérique latine	25.8	11.0

Source : Françoise Méan – Planning familial Profa de Lausanne

Tableau 13 Profa : Proportion de nouvelles patientes déclarant utiliser systématiquement le préservatif selon le type de permis (2003)

	Profa Lausanne (443 non CH ; 606 CH)	Profa Renens (353 non CH ; 141 CH)
Suisse	38.9	36.2
Permis C	38.1	29.8
Permis B	29.2	15.6
Permis A	28.1	11.1
Sans permis	25.3	11.0
Requérantes d'asile	16.9	15.6

Source : Françoise Méan – Planning familial Profa de Lausanne

L'existence de comportements à risque (i.e. de relations sexuelles non protégées) est attestée par le caractère récurrent des remarques des experts concernant les interruptions volontaires de grossesse. Proportionnellement plus nombreuses pour les migrantes que pour la population autochtone, elles concernent notamment des femmes originaires d'Amérique latine. Les experts ne sont pas en mesure de déterminer s'il y a évolution. L'un d'eux remarque qu'elles tendent depuis quelques années à diminuer parmi les Sud-

américaines. Il n'attribue toutefois pas cette tendance au fait que ces femmes se protégeraient plus systématiquement mais à la croissance de l'effectif de la communauté latino-américaine qui facilite l'entraide et permet à de plus nombreuses femmes de mener leurs grossesses à terme, même si elles sont par la suite seules à élever leur enfant (situation qui leur est déjà « familière » dans leur pays d'origine).

Analysées selon la nationalité des patientes, les données relatives aux interruptions volontaires de grossesse pratiquées dans le canton de Vaud fournissent quelques indications supplémentaires sur les Sud-américaines vivant sans statut légal sur le territoire vaudois. Ces indications doivent être toutefois considérées avec prudence. En effet, les données en cause ne mentionnent pas le statut de la patiente au regard du droit de l'immigration et ne font sens qu'à condition d'admettre que les interruptions volontaires de grossesse concernent une proportion importante de clandestines. A cette réserve près, on constate que le taux d'interruptions volontaires de grossesse s'élève à 36.3‰ pour cette population alors qu'il n'atteint que 4.5‰ pour les Suissesses (**Figure 2** au chapitre 3).

Deux autres sources de données confirment ces constats :

- 4 Le suivi des grossesses de 134 migrantes clandestines ayant consulté l'UMSCO^a entre octobre 2002 et octobre 2003 (n=134) montre que 83% de ces épisodes n'étaient pas planifiés et que 70% des femmes n'ayant pas planifié leur grossesse n'utilisaient aucune contraception. (Source : Hans Wolff⁶¹).
- 5 L'analyse des interruptions volontaires de grossesse réalisées au CHUV en fonction du type de permis de la patiente révèle que 13% de celles intervenues entre 2001 et 2004 l'ont été auprès de femmes sans statut légal. (Source : Saira Renteria)

Des situations en relation avec la prostitution (grossesses résultant de relations avec des clients) ont été signalées par des informateurs. Elles concernent en tout premier lieu des Brésiliennes, proportionnellement beaucoup plus nombreuses que les autres Latino-américaines dans ce secteur d'activité.

L'analyse des données sur le comportement sexuel des quelque 9 000 patients enregistrés dans la cohorte SHCS suivis entre 2001 et 2003 livre des indications grossières sur les comportements des migrants sud-américains. Ces patients ont été proportionnellement moins nombreux à utiliser systématiquement des préservatifs à l'occasion de leurs relations sexuelles. L'écart n'apparaît plus toutefois à la troisième année (69.8% contre 82.3% chez les patients d'Europe nord-occidentale en 2001, 77.5% contre 83.7% en 2002 et 82.8% contre 82.9% en 2003). Cette comparaison est pertinente pour autant que l'on considère qu'une part importante des patients latino-américains enregistrés dans la cohorte sont des migrants en situation irrégulière (Source : H. Bucher et T. Glass).

Enfin, un médecin observe que les ressortissants géorgiens sans-papiers qui consultent la polyclinique où il travaille entretiennent essentiellement des relations sexuelles non protégées. Pour certains d'entre eux, ce risque est doublé par celui qu'ils prennent en tant qu'injecteurs de drogues. A cet égard, les données 2004 concernant les nouveaux usagers du local d'injection genevois (Quai 9) indiquent l'arrivée de 53 jeunes hommes provenant de Géorgie et de douze ressortissants russes, tous présents en Suisse sans autorisation légale. Ces usagers sont plus nombreux à avoir recouru à du matériel d'injection déjà utilisé par quelqu'un d'autre au cours des six mois précédant leur arrivée à Quai 9 (soit 20% d'entre eux contre 10% pour les autres usagers). La situation est identique si l'on considère le mois précédant l'enregistrement à Quai 9 : 16% de recours à du matériel déjà utilisé parmi les Géorgiens/Russes contre 3% parmi les autres usagers)⁶².

^a Unité mobile de santé communautaire (Genève).

4.4 FACTEURS DE VULNERABILITE

4.4.1 Facteurs de vulnérabilité décrits par les informateurs

... en relation avec la précarité des conditions d'existence

Tous les informateurs soulignent les conditions difficiles dans lesquelles vivent très généralement les migrants en situation irrégulière. Des ressources financières très limitées destinées à la fois à pourvoir à leur entretien en Suisse et à soutenir la famille restée au pays, des conditions de logement problématiques, l'absence de statut sous l'angle du droit de l'immigration (risque de dénonciation et de renvoi impliquant de vivre dans une angoisse permanente), un accès problématique aux soins qui pourrait leur être associé forment une constellation qui fragilise énormément les clandestins et les expose à toute sorte de pressions ou de chantages. En présence d'une telle conjonction de difficultés, les problèmes quotidiens repoussent au second plan les préoccupations préventives dont les effets possèdent un caractère plus hypothétique et ne se manifesteront qu'à moyen ou long terme.

... en relation avec certaines valeurs de la culture latino-américaine

Bien que certains informateurs estiment devoir nuancer cette opinion, beaucoup jugent que les hommes originaires d'Amérique du Sud ont un comportement « machiste », faisant peu de cas des conséquences possibles des relations sexuelles non protégées qu'ils entretiennent avec leurs partenaires. Pour leur part, les femmes latino-américaines sont perçues comme soumises à leurs partenaires masculins et généralement mal à l'aise pour leur demander d'utiliser des préservatifs. Ceux-ci n'étant pas toujours des modèles de fidélité (et leurs compagnes étant réticentes à leur faire remarquer que leurs infidélités appelleraient des mesures de protection), le risque d'une grossesse non attendue se double du risque d'être victime d'une IST.

Les informateurs signalent par ailleurs que le préservatif « a mauvaise presse » chez les Sud-américains. Femmes et hommes tendent à le considérer comme le moyen de protection utilisé par les prostituées ou les femmes infidèles. Cette attitude et le fait que, dans leur pays d'origine, la contraception s'organise autour de méthodes telles que pilule, stérilet ou stérilisation (cette dernière pratiquée parfois aussi sur des hommes, jeunes père de famille n'ayant pas de beaucoup dépassé leurs vingt ans) explique en partie pourquoi les informateurs peuvent évoquer la méconnaissance parfois totale du préservatif et de la manière de s'en servir.

... en relation avec la rupture des relations sociales et l'isolement inhérents à la migration

Pour de nombreuses femmes latino-américaines, venir en Europe implique de partir seule et de laisser famille, mari et enfant(s) au pays. Les femmes possèdent en effet de meilleures chances de trouver un emploi et elles partent souvent « en éclaireuses ». La solitude est la conséquence de cette rupture des relations avec l'environnement familial et social du pays d'origine. Elle représente un important facteur de fragilisation.

Au départ, travailler constitue l'objectif exclusif que s'assignent la majorité des migrantes latino-américaines. Une partie d'entre elles renoncent même à toute contraception (stérilet, pilule anticonceptionnelle), peut-être soucieuses de démontrer que leur choix est strictement économique et que rien ne les détournera de leur objectif. L'expérience montre toutefois que leurs intentions ne résistent pas toujours aux conditions de vie qu'elles connaissent une fois arrivées à destination. La satisfaction de leurs besoins affectifs et sexuels les conduit souvent à nouer de nouvelles relations plus ou moins durables. Or le manque de familiarité avec le préservatif et le fait qu'elles nouent fréquemment des relations avec des hommes partageant les mêmes valeurs (machisme, prévention à l'égard de ce mode de protection) contribue à les exposer à des risques de grossesses non attendues (événements relativement fréquents au sein de cette population et expliquant le taux élevé d'interruptions volontaires de grossesse rapporté par les cliniques qui pratiquent ce genre d'interventions).

... en relation avec l'allègement du contrôle social

Des informateurs ont mis en évidence le sentiment de liberté que peuvent éprouver les migrants ayant quitté des communautés pratiquant un étroit contrôle social (ce qui semble notamment le cas en Amérique latine) et ce qui peut en résulter en termes de multiplication des contacts sexuels.

... en relation avec l'absence de statut sous l'angle du droit de l'immigration

L'absence de statut sous l'angle du droit de l'immigration contribue à fragiliser les femmes dans le sens où elle s'accompagne de ressources très limitées (et souvent incertaines) qui les placent en situation de devoir céder à ceux qui leur font miroiter l'accès à un travail, à un logement ou à d'autres avantages. Les situations où la liberté de décision des femmes est fortement compromise sont propices à des relations sexuelles non protégées. Il semble que ce risque soit accru chez les femmes ayant un niveau de formation peu élevé, séparées de leurs enfants et connaissant des conditions d'existence particulièrement précaires.

Parmi les conséquences fragilisantes de leur absence de statut, les migrantes clandestines peuvent en venir à espérer améliorer leur situation sous l'angle du droit de l'immigration en concevant un enfant avec un partenaire autorisé à séjourner en Suisse. Les informateurs ne parlent pas de comportements sciemment orientés vers ce but. Ils laissent plutôt entendre qu'il s'agit d'une éventualité acceptée.

L'absence de statut sous l'angle du droit de l'immigration concerne également les demandeurs d'asile avec décision exécutoire de non-entrée en matière. Les informateurs constatent que ce groupe est particulièrement fragile, que son accès aux soins et à la prévention a été réduit à sa plus simple expression et qu'il s'agit d'un collectif dont ils craignent de voir rapidement et sensiblement augmenter l'effectif^a.

... en relation avec la fragilité psychologique de jeunes migrantes victimes d'abus sexuels

Les informateurs évoquent la situation de – très – jeunes migrantes latino-américaines victimes d'abus sexuels dans leur pays d'origine avant de gagner la Suisse où elles rejoignent souvent leur mère (elle-même clandestine). Ils constatent que certaines sont même disposées à entretenir des relations sexuelles avec des individus peu recommandables dans l'idée d'engendrer l'enfant qui brisera leur solitude et comblera leur besoin de réparation. Ils signalent que certaines d'entre elles ont connu plusieurs interruptions de grossesse et IST.

... en relation avec la prostitution

Activité que les Brésiliennes sont relativement nombreuses à pratiquer et où les informateurs signalent également la présence de femmes originaires de pays d'Europe orientale, la prostitution est classiquement décrite comme un facteur de fragilisation. Si la protection est généralement revendiquée par les professionnelles du sexe, les pressions économiques qui existent dans ce secteur (concurrence entre prostituées, tendance à la réduction des ressources des clients) suggèrent qu'un certain nombre de rapports se déroulent sans protection. Il est par ailleurs établi que les prostituées ne se protègent pratiquement pas lorsqu'elles ont des relations avec leur(s) partenaire(s) de vie.

Les experts travaillant dans des structures sanitaires ont l'impression de ne pas rencontrer de prostituées – ou peu – parmi leur clientèle. Déclarer que l'on se prostitue n'étant pas chose aisée, certains intervenants ignorent probablement être en présence d'une femme qui se prostitue et ne sont ainsi pas en mesure de délivrer les conseils préventifs à celles qui en auraient pourtant besoin. La situation est encore aggravée pour les prostituées d'Europe orientale qui n'auraient pas beaucoup de contact avec les intervenants sanitaires et sociaux.

Il en va de même pour les jeunes femmes provenant de Mongolie – en augmentation actuellement – et généralement peu au courant des problèmes concernant les IST et de la manière de s'en protéger.

^a Les prestations sociales et sanitaires accessibles aux demandeurs d'asile avec décision de non-entrée en matière varient sensiblement de canton à canton. La suppression du soutien financier fédéral (qui pourrait à relativement brève échéance concerner également les demandeurs d'asile déboutés – environ 15 000 personnes pour toute la Suisse) imposera probablement aux autorités cantonales de fixer dans des textes de lois la manière dont elles interprètent l'article 12 de la Constitution fédérale relatif au droit à vivre dans la dignité.

Parvenues en Suisse, certaines au moins acceptent des relations qui s'apparentent à de la prostitution (cohabitation en échange de relations sexuelles) et possèdent un évident caractère de précarité.

... en relation avec la consommation de stupéfiants

Un certain nombre de migrants en situation irrégulière sont des injecteurs de drogues. Les statistiques de l'espace genevois de consommation de stupéfiants (« Quai 9 ») indiquent que soixante-cinq nouvelles personnes sans-papiers originaires de Georgie ou de Russie ont utilisé les ressources de cette infrastructure en 2004. Le taux d'utilisation de matériel d'injection non stérile par les ressortissants de cette région d'Europe est sensiblement plus élevé que celui calculé pour les autres usagers⁶².

... en relation avec l'absence de couverture par l'assurance maladie

Dernier facteur de fragilisation mentionné par les informateurs, l'absence presque systématique d'affiliation à l'assurance maladie a des conséquences en termes de recours au système de santé. De manière générale, les migrants en situation irrégulière ne font appel à la médecine que lorsqu'il n'est plus possible de faire autrement. Une part importante des consultations se déroule dans l'urgence, ce qui laisse peu d'espace à la diffusion de messages préventifs. Les ressources des clandestins étant limitées, il est de plus fréquent qu'ils s'en tiennent à une seule consultation, restreignant encore la possibilité de recevoir une action préventive.

Enfin, les experts relèvent ne jamais rencontrer de clandestins de certaines nationalités (Philippins ou Népalais par exemple, pourtant plutôt nombreux à Genève) et se demandent par qui ils sont pris en charge.

4.5 REPONSE EN TERMES DE SANTE PUBLIQUE

En plus de tout ce qui les rapproche en termes d'exposition à des facteurs susceptibles de menacer leur santé, les migrants en situation irrégulière partagent une grande précarité financière et une affiliation quasi inexistante à l'assurance maladie. A ce sujet, on rappellera que les autorités genevoises et vaudoises s'efforcent de donner un maximum d'effet aux dispositions légales imposant l'affiliation à l'assurance maladie mais que l'application de ce principe se heurte à la méconnaissance de cette obligation de la part des migrants clandestins, à leurs ressources limitées (peu compatibles avec le paiement régulier des cotisations^a et la prise en charge des franchises et participations) et à leur crainte que les démarches d'affiliation ou de recouvrement forcé de cotisations arriérées trahissent leur présence et conduisent à leur expulsion de Suisse. Au surplus, le peu d'empressement des caisses maladie à accepter des candidats à la situation peu claire et le renoncement, de la part des clandestins, à recourir contre leurs décisions de refus explique la situation actuelle, caractérisée par un taux d'affiliation extrêmement bas, les personnes assurées étant la plupart du temps des parents d'enfants scolarisés qui ont dû se résoudre à ce choix en raison de la pression des autorités scolaires.

Les besoins sanitaires des migrants en situation irrégulière ne sont toutefois pas passés inaperçus. Des filières de prise en charge spéciales se sont mises en place dans les deux cantons lémaniques. Elles présentent plusieurs similitudes, la première étant de reposer de manière plus ou moins déterminante sur le secteur public de la santé.

4.5.1 Réseau genevois de prise en charge

La responsabilité principale de la prise en charge sanitaire des migrants en situation irrégulière repose sur l'hôpital universitaire (HUG) et, plus particulièrement, sur le Département de médecine communautaire et l'Unité mobile de soins communautaires (UMSCO) dépendant de sa Polyclinique de médecine. Formée de

^a Même si les dispositions légales cantonales permettent aussi aux clandestins d'obtenir des subsides réduisant le montant des cotisations.

médecins, d'infirmières et de travailleurs sociaux, l'UMSCO intervient dans les lieux de vie d'une population très précarisée formée de ressortissants suisses (ou d'étrangers en règle avec le droit de l'immigration) et de migrants en situation irrégulière. L'UMSCO anime en outre deux consultations, l'une hors des murs de l'hôpital et l'autre dans le cadre de la Polyclinique de médecine. L'UMSCO travaille en étroite relation avec une quinzaine d'institutions (privées ou publiques) desservant les mêmes populations.

En ce qui concerne les migrants en situation irrégulière, l'UMSCO constate que ses patientes sont essentiellement de jeunes latino-américaines (entre 20 et 40 ans) provenant majoritairement de la Colombie, de l'Equateur, de la Bolivie et du Pérou. Elles restent en moyenne deux ans à Genève et vivent sous une forte pression dans la crainte de la police et d'un renvoi prématuré qui ne leur permettrait pas de réaliser leur projet et de rembourser leurs dettes. En 2002, l'UMSCO avait délivré 6 300 consultations infirmières et 1 430 consultations médicales. Ses activités auprès des migrants en situation irrégulière s'orientent vers la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, la contraception et les vaccinations^a. En revanche, l'UMSCO n'intervient pas spontanément dans le champ de la prévention des infections à VIH.

En cas de nécessité, l'UMSCO réfère ses patient(e)s à des médecins installés en pratique privée dont les prestations sont honorées à la fois par les patients (entre 50 et 60 francs par consultation) et grâce à un fonds mis spécialement à disposition par l'hôpital universitaire. Là encore, les prestations de prévention (notamment celles concernant le VIH/sida) sont réduites à leur plus simple expression, l'attention étant focalisée sur le seul objet de la consultation. De manière générale, les migrants en situation irrégulière consultent seulement en cas de nécessité car ils ne peuvent pas consacrer une part importante de leurs ressources à leurs dépenses de santé.

Par crainte d'être repérés à Genève, certains migrants en situation irrégulière se déplacent à Fribourg où la consultation créée par Médecins sans frontières sous le nom de Fri-Santé délivre des prestations à bas seuil d'accès. Fri-Santé délivre environ 35 consultations par mois à des personnes provenant majoritairement d'Afrique subsaharienne et d'Amérique latine. Les problèmes gynécologiques et obstétricaux représentent le plus important groupe de pathologies.

Les informateurs constatent que si le dispositif sanitaire genevois absorbe certains groupes de patients (en particulier ceux originaires d'Amérique latine), d'autres n'apparaissent pas du tout ou très peu. C'est notamment le cas des migrant(e)s provenant d'Europe orientale (connu-e-s pour se prostituer et pour s'injecter de la drogue) ou d'Asie dont personne ne peut dire auprès de quels fournisseurs ils s'adressent pour obtenir des prestations de santé.

4.5.2 Réseau vaudois de prise en charge

Dans le canton de Vaud, le dispositif de prise en charge des problèmes de santé des migrants en situation irrégulière (adultes) est essentiellement lausannois. Il repose dans une très large mesure sur la Polyclinique médicale universitaire et son Unité populations vulnérables. Organisée dans les murs de la Polyclinique, cette unité fonctionne selon le principe du *gatekeeping*, une première consultation infirmière permettant de retenir et traiter les cas de sa compétence et de ne référer à un médecin de premier recours que les situations qui le nécessitent. En cas de besoin, la Polyclinique offre également le concours de spécialistes si l'intervention de premier recours ne permet pas de répondre aux besoins. Sur une période de deux ans et demi couvrant les années 2000 à 2002, l'Unité populations vulnérables a reçu 477 patients (1 062 consultations). Il s'agissait d'une majorité de femmes (60%). Plus de 70% des patients provenaient d'Amérique latine (53% du seul Equateur). Deux tiers des patients réalisaient un revenu (moyenne 1 200 francs) et 40% envoyaient mensuellement de l'argent dans leur pays (moyenne 400 francs environ). Les consultations de la Polyclinique médicale sont payantes mais les montants facturés et les modalités de paiement sont adaptés aux capacités des patients.

L'action de la Polyclinique est prolongée, dans le sens d'un seuil encore abaissé, par une institution privée (le Point d'eau) qui délivre principalement des prestations infirmières et d'hygiène (douches, buanderie) et qui fonctionne également comme *gatekeeper*, adressant soit à la Polyclinique médicale universitaire, soit à un réseau de médecins affiliés et plus ou moins bénévoles les personnes dont l'état de santé appelle une inter-

^a source : www.hug.ge.

vention plus complexe. A l'exception des soins dentaires et des lessives, les interventions sanitaires du Point d'eau sont en principe gratuites (y compris les médicaments récupérés auprès d'un réseau de pharmaciens).

L'Unité populations vulnérables et le Point d'eau ne délivrent pas systématiquement des conseils en matière de prévention des infections à VIH ou d'autres IST. Il faut que le patient présente des symptômes particuliers pour que des investigations soient entreprises et des conseils dispensés. A la Polyclinique médicale, le constat est d'ailleurs posé qu'une attention accrue accordée à la sphère de la sexualité permettrait de diagnostiquer plus d'IST.

Délivrant également des prestations sanitaires, les plannings se concentrent plutôt sur la fonction reproductive et le contrôle des naissances. Les informateurs actifs dans ce contexte tendent à percevoir la notion de « risque » sous l'angle des grossesses non désirées. Le fait que leurs clientes latino-américaines nouent avant tout des relations avec des partenaires provenant de régions géographiques où l'épidémie n'est pas généralisée (Sud-américains, Italiens, Espagnols, Portugais, Kurdes, Kosovares) semble plutôt susciter des réponses en termes d'anticonceptionnels oraux.

D'autres fournisseurs de prestations de soins sont également à disposition des migrants en situation irrégulière pour traiter les conséquences possibles de relations sexuelles non protégées : service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital universitaire (interruptions volontaires de grossesse), planning de l'hôpital universitaire (prise en charge des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse), consultation « Test anonyme » de la Polyclinique médicale universitaire, service de médecine de l'hôpital universitaire (prise en charge des personnes séropositives en traitement).

Active dans l'aide aux prostituées, une association privée (Fleur de pavé) est présente plusieurs fois par semaine dans les rues connues comme lieux de prostitution. Elle dispense conseils et matériel de prévention (remis gratuitement). Les collaboratrices de cette institution interviennent aussi dans les « salons de massage » ainsi que dans les établissements publics (bars, dancings) où elles dispensent également des conseils.

4.6 PROPOSITIONS D'AMELIORATION SUGGEREES PAR LES PANELISTES

Quelques propositions d'amélioration de la prise en charge des clandestins transparaissent des propos recueillis. Le Tableau 14 présente une liste des améliorations possibles déduites de ces témoignages.

Tableau 14 Compilation des améliorations possibles du dispositif de prise en charge des migrants en situation irrégulière déduites des remarques formulées par les informateurs

Fournisseurs de prestations	Bénéficiaires des prestations
Repérer les groupes qui rencontrent des obstacles en matière d'accès au dispositif de prise en charge	Améliorer les connaissances au sujet du VIH/sida en veillant à rendre le matériel préventif accessible aux migrants difficiles à atteindre (traduire, contourner le problème de l'illettrisme, choisir des médias appropriés, etc.)
Faciliter l'accès aux prestations (assurance maladie, sortir du système de la médecine d'urgence, test anonyme gratuit)	Améliorer les connaissances au sujet de l'offre de prestations
Garantir un accueil de qualité (mise à disposition de médiateurs culturels, veiller à la mixité H/F au sein des équipes d'intervention)	
Renforcer la collaboration interinstitutionnelle (notamment en matière d'information réciproque)	

Repérer les groupes rencontrant des obstacles en matière d'accès au dispositif

La présence de clandestins originaires de pays d'Europe de l'Est et d'Asie est mentionnée par plusieurs informateurs qui s'étonnent souvent de ne pas les rencontrer et se demandent à quelles instances ces personnes s'adressent pour résoudre leurs problèmes sanitaires et sociaux. Les rares informations relatives à ces groupes suggèrent que les personnes qui les composent pourraient être exposées au risque d'infection par le VIH en raison de leur isolement et des conditions de vie extrêmement précaires que les experts pensent pouvoir leur attribuer. Des efforts devraient être consentis pour repérer ces groupes et chercher à les informer sur les structures sanitaires et sociales auxquelles ils pourraient recourir en dépit de leur situation sous l'angle du droit de l'immigration.

Faciliter l'accès aux prestations

Même si l'affiliation à l'assurance maladie représente un objectif difficile à atteindre pour une majorité de clandestins, le maximum devrait être entrepris pour encourager ceux qui peuvent financièrement se le permettre à entreprendre les démarches nécessaires (y compris celles pour obtenir un subside).

Le constat étant posé que les migrants en situation irrégulière limitent leurs consultations médicales au strict nécessaire, des mesures devraient être prises pour qu'ils puissent sortir de ce cadre de médecine d'urgence et accéder à des prestations de prévention personnalisées (fondées sur une anamnèse complète comprenant aussi la dimension de la vie sexuelle).

Enfin, le principe de la gratuité du test anonyme devrait être posé afin que la limitation des ressources financières ne puisse pas constituer un obstacle à cet examen.

Garantir un accueil de qualité

Un échange efficace entre intervenants et patients/usagers peut impliquer la participation de médiateurs culturels dont la formation et la rétribution doivent être assurées. Par ailleurs, les équipes devraient être mixtes pour prendre en charge les patients/usagers dont les principes religieux font obstacle aux contacts avec une personne de l'autre sexe.

Renforcer la collaboration interinstitutionnelle

Cet impératif prend tout son sens dans les situations où, les informations sur certains groupes de patients étant particulièrement rares, c'est leur mise en commun qui permettrait d'améliorer les interventions.

Améliorer les connaissances au sujet du VIH/sida

Les informations concernant le VIH/sida apparaissent variables mais généralement lacunaires parmi la population des migrants en situation irrégulière. Améliorer les connaissances passe par un effort de communication d'autant plus important qu'il est destiné à atteindre des personnes de langue et de sensibilité très différentes.

Améliorer les connaissances au sujet de l'offre en prestations

Les informateurs constatent qu'une partie des clandestins n'utilisent pas les ressources qui sont pourtant à leur disposition. Un effort devrait être consenti pour renseigner les utilisateurs potentiels sur les conditions d'accès et désamorcer les craintes qui peuvent être à l'origine du renoncement à consulter.

4.7 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES MIGRANTS SANS STATUT LEGAL

A-t-on fait le tour de la situation et identifié les problèmes principaux ?

La population des migrants sans statut légal (clandestins) est encore peu connue. Les informations disponibles permettent néanmoins d'énumérer les principaux problèmes auxquels elle est confrontée. Elles permettent de constater que l'ensemble des clandestins forment un segment

vulnérable de la société, aussi du point de vue de l'accès à la santé. Elles attirent l'attention sur plusieurs sous-groupes particulièrement vulnérables.

Les connaissances concernant la population des migrants en situation irrégulière sont encore lacunaires. Les études permettant d'en décrire la composition sont rares. Comme ces migrants tendent à se rassembler autour de noyaux préexistants de compatriotes, la physionomie des populations clandestines peut varier d'une région à l'autre, des nationalités bien représentées dans certaines régions étant proportionnellement beaucoup moins nombreuses ailleurs. Les ressortissants de pays d'Amérique latine sont nettement majoritaires parmi les clandestins des deux principales agglomérations lémaniques (Genève et Lausanne).

Les experts connaissent bien le contexte social dans lequel vivent les clandestins. Cette remarque s'applique surtout aux groupes majoritaires (les Latino-américains dans le contexte de la présente étude). En raison de la durée de leur séjour (souvent de plusieurs années), ces derniers sont en effet relativement bien intégrés dans l'économie locale. La plupart disposent de ressources financières plus ou moins régulières qui leur permettent de rester en Suisse en dépit de leur extrême modestie. Ceux qui sont en Suisse depuis un certain temps connaissent les structures publiques ou privées auxquelles s'adresser en cas de nécessité. Les experts ont pu valablement s'exprimer au sujet des principaux problèmes rencontrés (et posés) par les migrants sans statut légal. Leurs connaissances conservent toutefois un caractère relativement général et ils sont souvent moins informés en matière d'exposition au risque VIH à l'échelon individuel (tout particulièrement en ce qui concerne les hommes). Cette situation renvoie en partie au fait que les clandestins ne recourent en général aux structures sanitaires et sociales qu'en cas d'urgence, ce qui ne laisse pas suffisamment de temps pour procéder à une exploration des risques.

Plusieurs experts disposent d'informations écrites et parfois systématisées au sujet de leurs patients/usagers. Tous n'enregistrent cependant pas le statut de ceux qui les consultent (clandestin) et il est donc malaisé de déterminer s'il est question, par exemple, de Latino-américains avec ou sans autorisation de séjour. La majeure partie des informations de cette nature concernent des femmes, celles-ci ayant des contacts plus fréquents avec les fournisseurs de prestations que les hommes (plannings familiaux, consultations gynécologiques ou obstétricales, services pratiquant les interruptions volontaires de grossesse, etc.). On relève à ce sujet que la notion de risque en relation avec l'activité sexuelle est généralement envisagée sous l'angle de la prévention des grossesses et non sous celui de la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

Les experts connaissent en revanche moins bien les conditions d'existence des groupes numériquement peu nombreux, probablement moins bien intégrés dans l'économie, composés de personnes dont le séjour est plus bref, plus isolées par la langue que les lusophones ou les hispanophones, moins au courant des structures sanitaires ou sociales dédiées aux migrants en situation irrégulière et redoutant encore plus que les clandestins intégrés d'y être repérés puis dénoncés aux services de l'immigration (« police des étrangers ») en vue d'une expulsion.

En dépit des lacunes qui viennent d'être évoquées, les experts sont en mesure d'énoncer les principaux problèmes auxquels les migrants en situation irrégulière sont confrontés. Ils sont en outre capables de désigner les segments les plus vulnérables de cette population. On peut considérer que les informations réunies font le tour de la question, en tout cas en ce qui concerne la région lémanique.

Principaux problèmes

- Les migrants en situation irrégulière vivent dans des conditions particulièrement précaires. Cette précarité comprend plusieurs aspects. Elle est statutaire dans la mesure où l'absence d'autorisation de séjour et de travail est vécue dans la crainte permanente d'être identifié et renvoyé. Elle est professionnelle dans la mesure où les emplois accessibles aux clandestins n'offrent aucune garantie à moyen ou long terme et où aucune protection juridique n'est actionnable en cas de licenciement ou d'abus de la part de l'employeur. Elle est économique dans la mesure où les salaires alloués aux clandestins sont extrêmement bas et contraignent ceux qui les reçoivent à accepter des conditions de logement, d'hygiène ou d'alimentation qui peuvent entraîner des conséquences sur la santé physique et psychique. Cette précarité multiforme impose aux clandestins de résoudre en premier lieu les problèmes qu'ils rencontrent au

quotidien. Elle détourne les personnes qui la subissent de préoccupations à plus long terme telles que la prévention des maladies.

- La précarité multiforme dans laquelle vivent les migrants en situation irrégulière les rend particulièrement dépendants de nombreuses personnes (employeurs, logeurs, membres de leur communauté, etc.) et peut les contraindre à accepter de s'exposer à divers risques. C'est plus particulièrement le cas des femmes dont la dépendance peut aller jusqu'à la prostitution
- Déjà difficile, la situation des clandestins pourrait encore se péjorer. Les contrôles exercés dans certains secteurs économiques en vue de débusquer les travailleurs au noir rendent les employeurs particulièrement prudents et les découragent à engager du personnel dont la découverte pourrait leur valoir de lourdes sanctions. La concurrence est par ailleurs rude entre un effectif probablement croissant de clandestins et un volume de travail qui tend plutôt à se réduire.
- Rarement assurés et vivant en situation de précarité économique, les clandestins ne consultent généralement qu'en dernière extrémité, lorsque leur santé est suffisamment dégradée pour mettre en cause la poursuite de leurs activités professionnelles. Cette manière d'aborder les problèmes de santé est peu propice à l'établissement d'anamnèses approfondies permettant de mettre en évidence l'exposition à certains risques. C'est notamment le cas de l'anamnèse sexuelle et de l'identification des risques liées aux relations sexuelles (IST, infections à VIH, etc.).
- Une partie des femmes clandestines (principalement des Latino-américaines) ont accès à des éléments de prévention dans le contexte des consultations de planning familial. Il s'agit cependant avant tout de conseils orientés vers la prévention des grossesses et la prescription de solutions contraceptives telles que pilule ou stérilet. La dimension « maladies sexuellement transmissibles » ne fait en principe pas l'objet d'investigations et la recommandation de recourir à des préservatifs n'est pas souvent formulée dans ce cadre d'intervention.

Segments particulièrement vulnérables de la population des migrants en situation irrégulière

- Vivant de ressources très limitées, connaissant des conditions d'existence impliquant un risque accru d'exposition au VIH (isolement affectif, promiscuité, pressions de toute nature rendues possibles par l'absence de statut en regard de la législation sur l'immigration), généralement sans couverture maladie, l'ensemble des migrants en situation irrégulière forme un segment de la population générale particulièrement vulnérable.
- Au sein du groupe des migrants en situation irrégulière, les personnes qui n'ont pas accès aux structures de prise en charge dédiées aux clandestins forment autant de collectifs particulièrement vulnérables. En région lémanique, il s'agit plus particulièrement des ressortissants de pays d'Afrique du Nord, d'Europe de l'Est (Georgie, Ukraine, Russie), d'Asie centrale (Népal, Mongolie), d'Extrême-Orient (Chine) ou d'Asie du Sud-Est (Philippines, Thaïlande). La présence de migrants provenant de ces régions est souvent évoquée et parfois attestée par des experts qui n'ont la plupart du temps que des contacts extrêmement fugitifs avec eux.
- Les migrants en situation irrégulière qui se prostituent (essentiellement des femmes) le font souvent dans des conditions particulièrement difficiles. A certains endroits, cette activité est réservée aux Suissesses et aux étrangères titulaires d'un permis d'établissement. Cette exigence de même que la pression exercée par les prostituées concurrentes « légales » repoussent les clandestines dans les marges les moins contrôlées où elles travaillent dans des conditions particulièrement exposées (pression sur les prix, nécessité d'accepter des relations non protégées, violence des clients, etc.).
- Les migrants en situation irrégulière qui s'injectent des stupéfiants connaissent une extrême précarité en raison de conditions d'existence encore altérées par les problèmes liés à leur consommation de drogues. Il s'agit d'un groupe constitué d'hommes. Les experts ignorent s'ils se prostituent.
- Les demandeurs d'asile frappés par une décision exécutoire de non-entrée en matière (NEM) qui ont l'interdiction d'exercer une activité professionnelle et ne reçoivent que l'aide minimale prévue par la Constitution fédérale. Contrairement à certains clandestins qui peuvent regagner librement leur pays (même si cela signifie la fin d'un rêve de relative prospérité), une partie des demandeurs d'asile avec NEM savent que leur retour est sérieusement compromis en raison de l'attitude de leur gouvernement et de la situation difficile dans laquelle se trouve leur pays (graves crises économiques, guerres civiles, refus d'accepter le retour des migrants, etc.).

Les données à disposition sont-elles suffisantes pour se prononcer sur la situation et son évolution et pour agir si nécessaire ?

Même si elles comprennent encore des zones d'ombre, les informations dont on dispose à propos des migrants en situation irrégulière sont suffisantes pour entreprendre des actions de prévention.

Une partie de la population des migrants en situation irrégulière est bien connue, du moins en tant que population (par opposition à une connaissance individualisée des personnes qui la composent). Les données la concernant établissent d'une part que ses conditions d'existence l'exposent à un risque accru d'entrer en contact avec le VIH et, d'autre part, que ses contacts avec les fournisseurs de prestations sanitaires sont trop fugitifs pour donner lieu à une évaluation des risques auxquels elle est exposée et déboucher sur un conseil préventif individualisé. Les quelques informations disponibles au sujet des segments moins connus de la population des migrants en situation irrégulière suggèrent qu'il s'agit d'un groupe vivant de manière très précaire, n'entrant pratiquement pas en contact avec les fournisseurs de prestations sanitaires et sociales et, de ce fait, particulièrement fragilisé.

Dans une perspective de santé publique, les conditions paraissent réunies pour justifier une intervention. Une partie des cibles sont connues (clandestins les plus visibles). Les autres nettement moins. Il importera de prendre des mesures pour mieux les localiser et pour identifier leurs besoins. Des actions sont nécessaires surtout aux niveaux 2 et 3 de la prévention.

- Niveau 2 : Pour les migrants dont on connaît les « points de passage », des mesures visant à initier, poursuivre ou renforcer les mesures de prévention sont nécessaires. Il s'agit en particulier de diffuser des messages de prévention tenant compte de leur langue, de leurs valeurs, de leurs comportements habituels (en matière de protection à l'occasion des rapports sexuels) et de leurs habitudes de communication. En outre, des préservatifs devraient être mis à disposition gratuitement ou à un prix modique, adapté à leurs capacités financières réduites.
Des actions analogues sont nécessaires pour les migrants les moins visibles mais il s'agira préalablement de repérer les endroits qui leur sont familiers.
- Niveau 3 : Les intervenants – surtout ceux qui dispensent des soins – occupent une place privilégiée pour transmettre des conseils préventifs individualisés. Leur efficacité dépend dans une large mesure du soin pris à investiguer les risques auxquels leurs patients sont exposés. Compte tenu de l'attention insuffisante – lacune reconnue – portée à la sphère de la sexualité dans le cadre de la consultation médicale, un effort de formation et de promotion devrait être consenti dans ce domaine dans le double objectif d'améliorer la surveillance de l'évolution des risques et de fournir des conseils préventifs personnalisés.

La méthode utilisée (panel) est-elle adéquate ?

La méthode utilisée (entretiens avec des informateurs-clés et panel) s'est révélée pertinente pour rassembler l'information dans le cadre de la première phase de la démarche, du moins en ce qui concerne les populations les plus visibles et accessibles. Elle a toutefois montré ses limites lorsqu'il s'est agi de documenter les conditions d'existence, les comportements à risque et les comportements de protection des groupes les plus discrets et les moins accessibles.

Les constats opérés suggèrent que les configurations de nationalités représentées dans la population clandestine varient assez substantiellement d'un endroit (ville) à l'autre. Organisé à l'échelon national, un panel ne peut rendre compte ni de cette diversité ni de celle des structures d'intervention. Par contre, la technique du panel – efficace pour détecter les problèmes et les problèmes émergents – devrait être reprise par les cantons, par exemple à travers les ASS locales.

5 MIGRANTINNEN AUS DEN NACHFOLGEREPUBLIKEN DES EHEMALIGEN JUGOSLAWIEN

5.1 EINLEITUNG

Im Rahmen des Verhaltensmonitorings der MigrantInnen-Bevölkerung in der Schweiz, **Monitoring Migrants'** hat das Bundesamt für Gesundheit (BAG) einen Studienauftrag an das Institut für Sozial- und Präventivmedizin (IUMSP) in Lausanne vergeben, welcher die Analyse vorhandener Informationen zu HIV/Aids und sexuell übertragbaren Infektionen bei drei spezifischen Untergruppen umfasst.

Zwei der drei Zielgruppen werden in der Westschweiz (Lausanne und Genf) näher untersucht. Es handelt sich dabei um Sub-Sahara MigrantInnen und so genannte ‚Sans Papiers‘.

Die dritte Gruppe umfasst MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien. Dieser Studienauftrag wurde als Untermandat an das Schweizerische Tropeninstitut in Basel vergeben.

In den letzten Jahren, v.a. bedingt durch die Kriegsgeschehnisse im Balkan, hat die Migrationsbevölkerung aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien stark zugenommen und sich inzwischen in der Schweiz zur größten Ausländergruppe entwickelt. Insbesondere in der Deutschschweiz ist diese MigrantInnen-Gruppe zahlenmäßig stark vertreten. Die Kriege auf dem Balkan führten zu enormen Bevölkerungsbewegungen zwischen Regionen mit unterschiedlichen HIV-Prävalenzen (Haour-Knipe 2000), was ein ernsthaftes Risikopotenzial in sich birgt. Hinsichtlich der Thematik HIV/Aids und sexuell übertragbarer Infektionen ist zu diesem Bevölkerungssegment der Schweiz bisher jedoch nur wenig bekannt.

5.2 ZIELE

Verbesserung der Kenntnisse zu Risiken und Exposition hinsichtlich HIV/Aids und sexuell übertragbaren Infektionen :

- 1 Bei MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien, namentlich Kroatien, Slowenien, Bosnien und Herzegowina, Mazedonien, Serbien und Montenegro inklusive Kosova ;
- 2 in den Kantonen Basel-Stadt/Basel-Landschaft und in der Schweiz ;

Die Studienresultate sollen einen Beitrag zur Beantwortung folgender Fragen leisten.

- Sind die vorhandenen Daten und Informationen ausreichend, um gültige Schlüsse über die Situation und die Bedürfnisse ziehen zu können?
- Gibt es einen Handlungsbedarf und wenn ja, welchen?

5.3 METHODIK

Die Datenerhebung erfolgte von Februar bis März 2005 mittels :

Literaturrecherche : Evaluation der Literaturrecherche der englischen und französischen Literatur durch das IUMSP ; Internetrecherche nach deutscher Literatur (Schweiz, Deutschland, Österreich) über Pub Med, Google und NEBIS ; Umfrage nach Literatur und grauer Literatur bei ExpertInnen und Schlüsselpersonen ; Literatursuche in Bibliotheken des Psychologischen, Ethnologischen und Soziologischen Instituts der Universität Zürich und des Schweizerischen Tropeninstituts Basel.

Datensammlung von demographischen und epidemiologischen Zahlen : Kontakte (in alphabetischer Reihenfolge) mit Frau Christensen vom Kantonsärztlichen Dienst Basel-Stadt, Herrn Feineis von der Drogenberatungsstelle Basel-Landschaft, Herrn Friedli vom Bundesamt für Migration (BFM), Herrn Gebhardt vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), Herrn Schmutz vom Bundesamt für Migration (BFM), Frau Witschi, Kantonsärztin Basel-Stadt.

Befragung von ExpertInnen und Schlüsselpersonen auf Grund ihrer Kenntnisse über die Zielgruppe oder ihrem Zugang zur Zielgruppe (VertreterInnen des Gesundheitswesens, von Migranten-Organisationen, von Sozial- und Präventionsdiensten, der MediatorInnen, der Behörden etc.). Die ExpertInnen wurden über Kontakte zu rund 40 Schlüsselpersonen identifiziert.

- **Experten-Panel** : moderiertes Panel am 14.3.2005 mit 15 ExpertInnen in Basel : Sammeln, Austausch und Validierung von Informationen und Beobachtungen, gemeinsame Analyse der Situation und Trends, Sammeln von Empfehlungen, Klärung des Handlungsbedarfs.
- **Dokumentation** : Tonbandaufnahme, Protokoll, Visualisierung.
- **Telefonische Interviews** (14) sowie **schriftliche Befragungen** (8) per E-Mail von ExpertInnen und SchlüsselinformantInnen.
- (Nicht standardisiertes Vorgehen mit Stellen von spezifischen Fragen, je nach Expertise).

Eine Auflistung aller ExpertInnen und SchlüsselinformantInnen ist im Annex 1 zu finden.

Studienteam

- Claudia Kessler Bodiang, Expertin für öffentliches Gesundheitswesen und Prävention, Schweizerisches Zentrum für Internationale Gesundheit, Schweizerisches Tropeninstitut, Studienleitung ;
- Corinne Blöchliger, Biologin/Epidemiologin, freie Mitarbeiterin ;
- Björn Callensten, Ethnologe, freier Mitarbeiter.

Die diversen Quellen wurden vom Studienteam analysiert, trianguliert und Passagen aus dem Bericht den relevantesten ExpertInnen zwecks Validierung zum Gegenlesen unterbreitet. Der Endbericht wurde unter Einbezug der Kommentare des IUMSP verfasst.

5.4 RESULTATE

5.4.1 Demographie und Epidemiologie

Zu den Fragen hinsichtlich Demographie und insbesondere Epidemiologie der Zielgruppe im Hinblick auf HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen in der Schweiz liegen - soweit uns bekannt - keine Veröffentlichungen vor.

5.4.1.1 Demographie

Im Jahr 2004 lebten total 352'064 Niedergelassene (ständige Wohnbevölkerung) und 15'686 Asylsuchende aus Albanien, Serbien/Montenegro, Kroatien, Slowenien, Bosnien/Herzegowina und Mazedonien in der **Schweiz** (BFM). Dies entspricht 23.5% der ausländischen Bevölkerung. In den offiziellen Zahlen zur ständigen ausländischen Wohnbevölkerung nicht enthalten sind diejenigen MigrantInnen, welche mittlerweile die Schweizer Bürgerschaft angenommen haben.

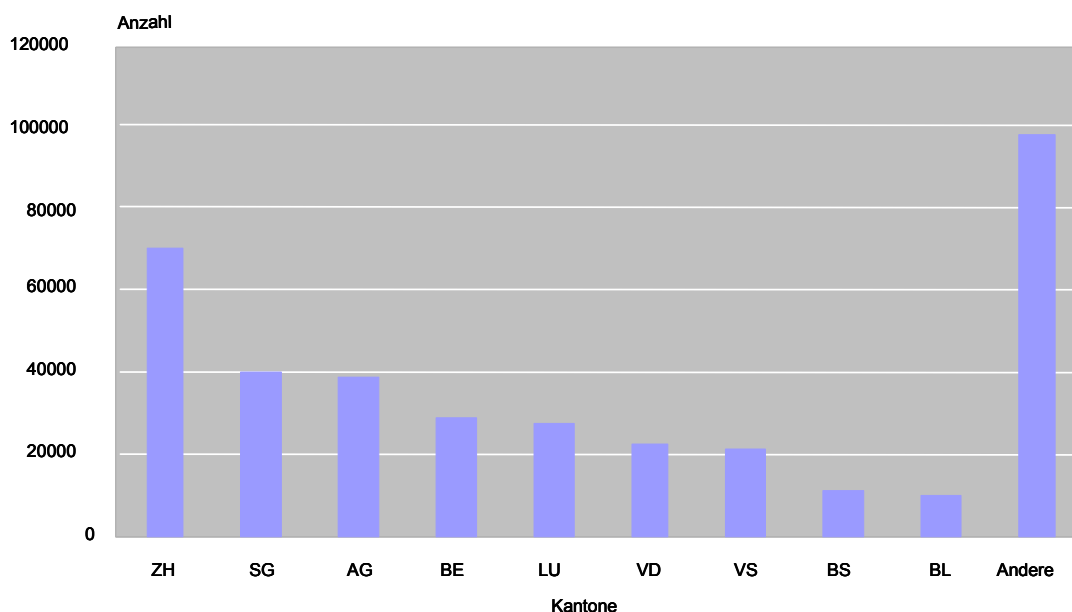
Mit einem Anteil von 57% stammen weitaus die meisten dieser MigrantInnen aus Serbien und Montenegro (inklusive Kosova). Die weiteren Herkunftsländer bilden kleinere Segmente : Mazedonien 17%, Bosnien und Herzegowina 13%, Kroatien 12%, Slowenien 1%. Während eine grosse Anzahl albanisch sprechender Menschen aus diesen Herkunftsländern eingewandert ist, bezieht sich die Studie nicht auf MigrantInnen aus dem eigentlichen Albanien. Allerdings ist anzumerken, dass albanischsprachige Personen, unabhängig vom Herkunftsland, ähnliche Voraussetzungen mitbringen.

Wichtig ist hervorzuheben, dass es sich bei den MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawiens um eine sehr heterogene Gruppe handelt, welche weniger nach Nationalität als nach Muttersprache betrachtet werden sollte. Die Volkszählung aus dem Jahr 2000 weist bei der Wohnbevölkerung **Albanisch** mit fast 95'000 Sprechenden nach Serbisch und Kroatisch als **quantitativ zweitwichtigste Sprache von MigrantInnen in der Schweiz** aus. Die sprachliche Entwicklung der Schweiz zwischen 1990 und 2000 reflektiert die historischen Ereignisse im Südosteuropa der 90er Jahre. Von den kriegerischen Ereignissen wurden vor allem AlbanerInnen aus Kosova in die Flucht geschlagen. In der Schweiz sind sie seither die **zweitgrösste Gruppe von MigrantInnen aus dem Balkan**^a.

Mit 52% sind die Männer leicht übervertreten. 42% sind zwischen 25 und 49 Jahren alt, 16% zwischen 16 und 24 ; damit sind annähernd 60% im reproduktiven Alter und über die sexuelle Aktivität speziell einem HIV Infektions- Risiko ausgesetzt. Knapp ein Drittel (30%) sind Kinder bis 15 Jahre und damit die nachfolgende Risikogeneration. 12% schliesslich sind 50 Jahre oder älter (BFM, Niedergelassene : ZAR Aug. 04).

In den Kantonen **Basel-Stadt** und **Basel-Landschaft** lebten 2004 total 20'353 (5,8% vom Schweizer Total) Niedergelassene und 713 (4,5% vom Schweizer Total) Asylsuchende aus diesen Bevölkerungsgruppen (BFM, Niedergelassene : ZAR Aug. 04 und Asylsuchende : AUPER2 Jan. 05). Die Basler Kantone befinden sich damit in Bezug auf den Bevölkerungsanteil aus diesen Nationen im Vergleich zu anderen Schweizer Kantonen zahlenmässig im Mittelfeld.

Abbildung 5.1 Demographie : Aufteilung nach Kanton – MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawiens



Quelle : BFM, ZAR Ende August 2004

5.4.1.2 Epidemiologie

Situation in den Herkunftsländern : HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen

In den epidemiologischen Fact Sheets nach Ländern von UNAIDS sind lediglich Zahlen zur Erwachsenen-Prävalenz für Bosnien (< 0,1%) und Serbien/Montenegro („Yugoslavia“ : 0,2%) für Ende 2001 angegeben. In den ‚2004 World Population Data Sheets‘ des Population Reference Bureau (PRB) fehlen Zahlen für Albanien. Für Bosnien-Herzegowina, Kroatien und Mazedonien wird für Ende 2003 ein Wert

^a <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/05/blank/key/sprachen.html>.

von < 0,05% angeführt. Die Region kann als **Niedrigprävalenz-Region** mit einer, **Emerging Epidemic** angesehen werden.

Zusätzliche Informationen zur Lage der HIV/Aids-Epidemiologie sind mittels einzelner Publikationen zu gewinnen, welche die Situation in einigen Nationen oder der Region insgesamt beschreiben. Zu sexuell übertragbaren Krankheiten finden sich in der internationalen Literatur kaum Angaben.

HIV/Aids ist beispielsweise in *Kroatien* noch immer mehrheitlich unbekannt : in der Zeit von 1986 bis 2000 wurden 171 PatientInnen mit Aids gezählt. Die Aids-Inzidenz betrug im Jahr 2000 circa 4 auf eine Million EinwohnerInnen (Begovac et al. 2001). Trotz der durch den Krieg entstandenen ungünstigen epidemiologischen Situation und der großen Zahl von ausländischen Friedenstruppen ohne vorherige Tests auf infektiöse Krankheiten blieb die Zahl der Aids-Fälle bisher relativ niedrig. Der Blut-Transfusionservice, welcher alle Blutkonserven testete, spielte hierbei eine beträchtliche Rolle in der HIV-Prävention (Vuk et al. 1998). HIV/Aids ist zwar noch nicht stark verbreitet und auch ist noch kein Link zwischen den sozialen Gruppen mit Geschlechtskrankheiten und denjenigen mit HIV/Aids zu erkennen. Dennoch muss die epidemiologische Verbreitung von Geschlechtskrankheiten wie Syphilis beobachtet werden (*Slowenien* : Potonik 2000). Auch zeigen Daten vom *Belgrader* Institut für Gesundheitsschutz eine dramatische Zunahme von HIV-infizierten Personen in allen Risikogruppen, speziell den DrogenkonsumentInnen (Savin 1996). Die Suchtproblematik hat speziell nach dem Krieg zugenommen (*Bosnien* : Hasecic et al. 2003). Die Angaben zur Zahl der HIV+ bei injizierenden **DrogenkonsumentInnen** unterscheiden sich je nach Land, Zeitpunkt und Art der Untersuchung :

- *Belgrad (Serbien)* : 1987-1992 HIV-Prävalenz von 44% bei getesteten Drogensüchtigen (Injektionen) (Hamers & Downs 2003 : 1039).
- *Bosnien* : von 163 PatientInnen während eines Jahres in einem Methadon-Substitutions- und Detoxifikationsprogramm kein HIV-positiver Fall (Hasecic et al. 2003).
- *Kroatien* : HIV-Inzidenz von circa 1% bei injizierenden DrogenkonsumentInnen (Begovac et al. 2001).

Eine Untersuchung, die in zehn Distrikten von *Zagreb (Kroatien)* durchgeführt wurde, zeigt auf, dass finanziell schwache Gegenden rund um die Metropole mit einem höheren Vorkommen an Hepatitis B das größte Potenzial einer HIV/Aids-Verbreitung bergen (Pyle 2000).

Die Situation in der Schweiz und BS/BL

HIV/Aids

In der **Schweiz** wurden dem BAG zwischen 1996-2004 68 HIV-positive Fälle bei MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien gemeldet. Das entspricht 1,4% von total 4'985 Meldungen in diesem Zeitraum.

In 76% (52) der Fälle handelte es sich um Männer. 68% (46) der Betroffenen waren zwischen 25 und 49 Jahren alt, 19% (13) zwischen 16 und 24. (0-15 Jahre : 1%, 50 Jahre oder älter : 12%).

Bei 67% (46) erfolgte die Ansteckung via heterosexuelle Kontakte, bei knapp einem Fünftel (18%, 12) durch homosexuelle Kontakte und bei 15% (10) injizierenden DrogenkonsumentInnen durch verunreinigte Spritzen.

In den Kantonen **Basel-Stadt und Baselland** waren es im gleichen Zeitraum 4 HIV+ Meldungen (1,4% von total 283 Meldungen ; 1998, 1999, 2003, 2004 je 1 Fall ; BAG Jan. 05).

Die **HIV-Sprechstunde** des Universitätsspitals Basel betreut zurzeit etwa 20 PatientInnen aus gesamt Zentral- und Osteuropa, davon sind lediglich 4 aus der Zielgruppe. Sie sind nach Angaben der Sprechstundenverantwortlichen gut integriert.

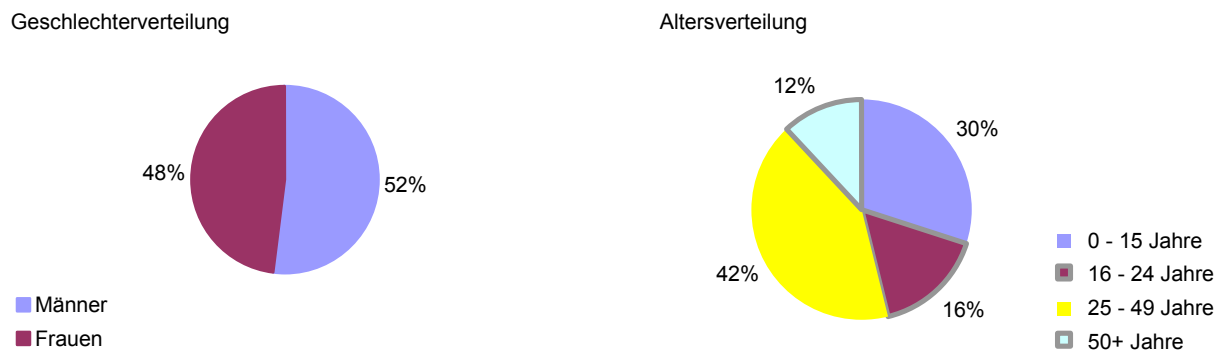
In der **kantonalen Psychiatrie Baselland** sind bisher keine HIV-positiven Betroffenen aus der Zielgruppe betreut worden.

Die **Drogenberatungsstelle Baselland** (DBL) in Reinach, welche für das untere Baselbiet zuständig ist, betreut Personen aus der gesamten Nordwestschweiz ; über 80% stammen jedoch aus dem Kanton

Baselland. Vom 1.1.2000 bis 1.1.2005 wurden 584 Personen für eine Suchtberatung aufgenommen ; 1,2% (7 Personen) stammen aus dem ehemaligen Jugoslawien. In diesem Zeitraum waren 2,3% aller Neuaufnahmen HIV-positiv. HIV-positive Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien haben sich nicht unter den PatientInnen befunden. (Im oberen Baselbiet gibt es zusätzlich die Drogenberatungsstelle Liestal, die ebenfalls Daten erhebt.)

Dasselbe Bild hinterlässt am Universitätsspital Basel die Betrachtung der **HIV-Kohorten-Studie**, in welcher Ethnie und Nation erfasst werden. Nach Angaben der Verantwortlichen sind dort so wenige MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien erfasst, dass keine Analyse dazu möglich ist.

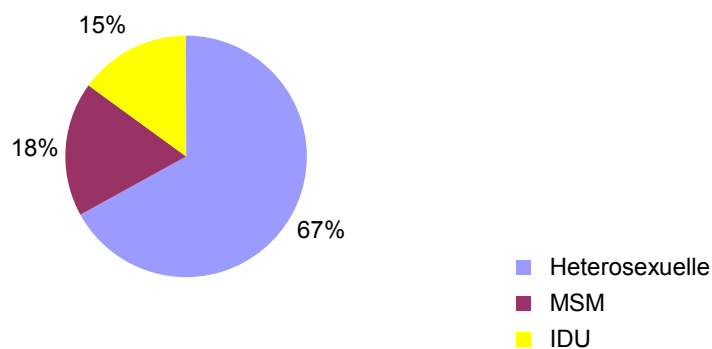
Abbildung 5.2 Demographie : nach Geschlechter- und Altersverteilung Ende August 2004



Quelle : BFM, ZAR Ende August 2004

Abbildung 5.3 Epidemiologie : HIV/AIDS : Schweiz 1996-2004 (68 MigrantInnen aus Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawiens)

HIV-Infektionen nach Übertragungsweg



Quelle : BAG, Ende Januar 2005

HIV-Test

Gemäß Informationen des **Frauenspitals** Basel akzeptieren schwangere Frauen aus der Zielgruppe zum grossen Teil den ihnen angebotenen HIV-Test. Es gibt jedoch keine Untersuchungen über die Testakzeptanz der Zielgruppe im Vergleich mit anderen Bevölkerungsgruppen. Migrantinnen sind im Frauenspital generell übervertreten.

Im Gegensatz zu den schwangeren Frauen entscheiden sich nach Angaben der ExpertInnen nur sehr wenige Frauen und Männer aus der Zielgruppe für einen freiwilligen HIV-Test. Der Trend zeige aber eine eher zunehmende Testbereitschaft bei der Zielgruppe.

Sexuell übertragbare Infektionen und Erkrankungen

Einzig Chlamydien-Infektionen und Gonorrhoe sind BAG-meldepflichtig (ohne Angaben zur Nationalität): von den grösseren **Dermatologischen Polikliniken** werden (auf Vertrags-basis) Meldungen ans BAG gemacht. Ausser den beiden oben genannten werden auch andere sexuell übertragbare Infektionen und Krankheiten erfasst, meist unter Angabe der Nationalität. Das BAG erhält keine diesbezüglichen Daten von PrivatärztInnen. Von den Polikliniken des Universitätsspitals Basel wurden gesamthaft (alle Herkunftsnationen) in den letzten Jahren durchschnittlich circa 80 Meldungen pro Jahr gemacht, mit beträchtlichen Schwankungen (zwischen 50 und 100).

In der **Medizinischen Poliklinik** des Universitätsspitals Basel fällt die Zielgruppe in Bezug auf die sexuelle Gesundheit nicht auf und in der **Dermatologischen Poliklinik** werden Geschlechtskrankheiten in der Zielgruppe im Vergleich zu anderen Bevölkerungssegmenten eher weniger häufig diagnostiziert. Von den **Polikliniken des Basler Universitätsspitals** wurden dem BAG zwischen 2000 und 2004 22 PatientInnen (im Schnitt circa 4 Fälle pro Jahr) aus dem ex-jugoslawischen Raum (2 Frauen und 20 Männer) mit einer oder mehreren Geschlechtskrankheiten gemeldet. Unter den Meldungen fällt eine gewisse (wegen der kleinen Zahlen statistisch nicht aussagekräftige) Häufung von unspezifischer Urethritis, Skabies und Condylomata acuminata auf. Der **kantonsärztliche Dienst Basel-Stadt** bestätigt eine Häufung von Condylomata acuminata-Meldungen durch PrivatärztInnen.

Schwangerschaftsabbrüche und ungeplante Schwangerschaften

Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche sind ein Indiz für ungeschützten Geschlechtsverkehr. Frauen aus der Zielgruppe stellen zahlenmässig eine wichtige Gruppe bei den im **Frauenhospital Basel** durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen dar. Im Jahr 2003 wurden in Basel-Stadt 332 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet (davon 290 Frauen aus Basel-Stadt, 40 Frauen aus Baselland). Knapp die Hälfte (48,5% : 161) waren Ausländerinnen, die damit stark übervertreten sind. Der Anteil weiblicher Ausländerinnen an der weiblichen Bevölkerung zwischen 15-44 Jahren beträgt in Basel 25% (Kantonsärztliches Amt Basel-Stadt, Kant. und Spitalstatistik). Unter den Ausländerinnen, bei welchen 2003 in Basel eine Interruptio gemeldet wurde, stehen die Türkinnen an erster Stelle (39 ; 24,2% der Ausländerinnen), gefolgt von den Frauen aus der Zielgruppe (20 ; 12,4% der Ausländerinnen) : 'Jugoslawien' (17), Slowenien (2), Mazedonien (1),. Laut Kant. und Spitalstatistik betrug die Interruptionrate bei allen Frauen im Alter von 15-44 Jahren für 2003 in Basel-Stadt 8,6/1000, in Baselland (total 306 Abbrüche) 5,8/1000. Allerdings liegt der Anteil der gemeldeten Unterbrüche, laut Auskunft der Kantonsärztin von Basel-Stadt, trotz Meldepflicht bei lediglich etwa einem Drittel. Die Interruptionrate der Ausländerinnen von 15-44 Jahren in der Schweiz war 2003 deutlich höher als bei Schweizerinnen im gleichen Alter. Zahlen für 2003 aus dem Kanton Waadt (IUMSP/UEPP) zeigen bei der Zielgruppe aus den Nachfolgestaaten des ehemaligen Jugoslawien eine mittlere Interruptio-Rate von 14/1000 bei Frauen zwischen 14 und 44 Jahren (Schweizer Vergleichspopulation : 4/1000, Ausländerinnen : 12,5/1000, Sub-Sahara Afrikanerinnen : 60/1000).

Die ExpertInnen führten an, dass Frauen der Zielgruppe häufig eine Interruptio verlangten. Es bestehe eine höhere Akzeptanz des Schwangerschaftsabbruchs als Methode der Schwangerschaftsverhütung. Es würden oft keine oder aber keine zuverlässigen Verhütungsmethoden angewendet (*„Der Mann passt auf“ ; „sichere Tage“*). Der Abbruch erfolge oft auch aus ökonomischen Gründen.

5.5 RISIKO, VULNERABILITÄT UND GESUNDHEITSVERSORGUNG

5.5.1 Situation in den Herkunftsländern : Wissensstand, Risikoverhalten und Vulnerabilitätsfaktoren

Wissensstand und Risikoverhalten in den Herkunftsländern

Es wird betont, dass sich die Literaturrecherche und das Aufsuchen von Daten in Zusammenhang mit diesen Fragen als sehr schwierig erwiesen hat, da es kaum publizierte Arbeiten dazu gibt.

Belgrad (Serbien) : Eine repräsentative Befragung von Jugendlichen in den Jahren 1995/96 ergab, dass nahezu 66% der Jugendlichen Aids als potenzielles persönliches Risiko empfanden. Die meisten antwortenden Jugendlichen verwenden keine Kondome oder erkundigen sich nicht nach dem sexuellen Vorleben der KurzzeitpartnerInnen. Es wird angenommen, dass, obwohl die Jugendlichen über genügend Wissen verfügen, sich viele hoch-risikoreich verhalten, insbesondere die jungen Männer. Die vorhandenen allgemeinen Kenntnisse zu Aids beeinflussen das Sexualverhalten wenig, außer bei Fällen hohen persönlichen Risikos (Savin & Korac 1997). Eine Erhebung bei High-School-SchülerInnen ergab ein ähnliches Bild : der Wissensstand zum Risikoverhalten war bezüglich Aids und HIV-Infektion adäquat, wenn auch das Gesamtwissen etwas niedriger als in vergleichbaren Städten Zentral- und Westeuropas war. Trotzdem praktizieren viele Belgrader Teenager ungeschützten Verkehr, obwohl sie angegeben hatten, dass sie um die Risiken wüssten und versuchten, sie zu vermeiden (Vujovic 1998).

Kroatien : Der Vergleich bei College-StudentInnen zwischen den Jahren 1998 und 2003 zeigt eine Abnahme des Wissens zur Sexualität, währenddem die sexuelle Verantwortlichkeit (Kondomgebrauch, Verhütung generell, Zahl der SexualpartnerInnen) gleich blieb. Der Trend wird auf einen verstärkten religiösen Einfluss (Traditionen) sowohl zuhause als auch in der schulischen religiösen Erziehung zurückgeführt (Stulhofer et al. 2004).

Studentinnen der Universität von *Zagreb* gaben an, selten Schwangerschaftsverhütung anzuwenden, um eine Schwangerschaft zu verhindern und noch seltener, um sich vor sexuell übertragbaren Krankheiten zu schützen. Unter den sexuell Aktiven benutzen 30-40% Antibaby-Pillen oder wollen sie nehmen, währenddem nur 10% die Nutzung von Kondomen in Erwägung ziehen (wegen der fehlenden Spontaneität und wegen möglichen Konflikten mit den Partnern) (Bukovec et al. 1997).

Der Kommunikation wird zunehmend Wichtigkeit zugesprochen : mehr als 90% der Undergraduate-StudentInnen gaben an, dass Ehe- und LebenspartnerInnen sowie die enge Familie über eine HIV-Infektion informiert werden sollten, 99% waren der Meinung, dass diese Information vom Infizierten selbst kommen sollte (*Zagreb* : Oreskovic et al. 1998).

Vulnerabilitätsfaktoren in den Herkunftsländern

Eine Studie in *Tirana (Albanien)* hat gezeigt, dass der **Bildungsstand der Eltern** und die **Herkunft** stark mit dem Wissensstand und der Einstellung der SchülerInnen bezüglich Geschlechtskrankheiten korrelieren. Zudem besteht ein enger Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und **Einkommensniveau der Eltern** und dem Sexualverhalten (sexuelle Aktivität und Kondomgebrauch) dieser SchülerInnen (Burazeri et al. 2003). Ein liberalisiertes Sexualverhalten unter *albanischen* Jugendlichen ist im Gegensatz zu früheren Generationen offenkundig ; Sex ist der fünftwichtigste Wert für die albanische Jugend (Rexha & Kekezi 1998). Nach Meinung der ExpertInnen dürften diese Aussagen auch für die albanisch sprechenden Bevölkerungen in den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens zutreffen.

30% der erfassten StudentInnen der Universität *Zagreb (Kroatien)* akzeptieren mehrere (Sexual-) PartnerInnen ; praktisch ohne geschlechts- und religionspezifischen Unterschiede. Signifikante Faktoren waren u.a. die **soziale Klasse** sowie der **Informationsaustausch** in der Familie und im Freundeskreis (Bijelic et al. 1997).

Eine Erhebung bei kroatischen High-School-StudentInnen zeigt ein geschlechts-spezifisches sexuelles Risikoverhalten. Weitere Studien zeigen, dass Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Intensität der

internalisierten Norm- und Wertvorstellungen zu Sexualität vorherrschen. Die weibliche Sexualität ist sehr stark mit den vorherrschenden Norm- und Wertvorstellungen gekoppelt (Kroatien : Stulhofer 2000).

Zentraleuropa weist im Vergleich zu West- und vor allem Osteuropa bisher relativ niedrige HIV-Prävalenzen auf. *Kroatien* zeichnet sich durch zwei spezifische Risikofaktoren aus : neben der negativen Aspekte des **Bürgerkriegs** ist zweitens der Umstand zu betonen, dass Kroatien jährlich von Tausenden von **TouristInnen** besucht wird (Pavicic et al. 2003).

Kriegszeiten transformieren individuelle Körper in soziale Körper (Olujic 1998). Während der Kriege auf dem Balkan wurden **kollektive Vergewaltigungen** als Kriegsinstrument verwendet. Nach den Kriegen und dem Zusammenbruch des ehemaligen Jugoslawien wurde *Bosnien-Herzegowina* ein Knotenpunkt der Haupthandels- und Migrationsrouten von Zentral- und Osteuropa nach Westeuropa und Nordamerika für den **Handel mit Mädchen und jungen Frauen**. Frauen und Kinder wurden als Kriegsbeute behandelt. Die Vergewaltigungen von Frauen der Feinde schuf moralisch Raum für den Sex-Handel. Mädchen und junge Frauen von *Zentral-* und Osteuropa werden durch Bosnien-Herzegowina verschoben und suchen Arbeit im Service, als Haushaltshilfe, in Bars, als Tänzerin etc. Ein wachsendes Geschäft in *Zentraleuropa* ist auch die ‚Braut-auf-Bestellung‘ (Long 2004 : 9ff, 13, 16, 17).

Prostitution : In *Bosnien-Herzegowina* verlangen Barbesitzer von den vermittelten Frauen einen Geschlechtskrankheiten-Check, erwarten aber von den Kunden keinen Kondomgebrauch respektive einen Kondomgebrauch oder das Bezahlen eines höheren Preises. Während eine stärkere Verbreitung von sexuell übertragbaren Infektionen unter diesen Frauen festzustellen ist, bleibt es schwierig, ihnen angemessene Hilfe zukommen zu lassen. Das erhöhte Bewusstsein der Kunden bezüglich HIV/Aids und Geschlechtskrankheiten führt zur gesteigerten Nachfrage von Jungfrauen. Das Durchschnittsalter dieser Frauen sinkt. Das Sexgeschäft ist oft verknüpft mit Militärbasen und friedenserhaltenden Operationen in *Bosnien-Herzegowina* und *Kosova* (Long 2004 : 15 ff).

Arbeitsmigration : In den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawiens schicken viele Unternehmen ihre Arbeitskräfte ins Ausland, darunter auch in Länder mit hohen HIV/Aids-Prävalenzen. Anhand von Studien lässt sich feststellen, dass Migranten dazu neigen, sich den fremden Konditionen und Gegebenheiten anzupassen, was zu Gesundheitsproblemen im Allgemeinen und Problemen im Bereich der reproduktiven und sexuellen Gesundheit im Speziellen führt. Oft, im Fall der arbeitsbedingten Trennung von der Partnerin, suchen die Männer Kontakt zu ihnen unbekanntes Frauen und verwenden hierbei keinen Schutz (Dzeletovic & Matovic-Miljanovic 1999). Die sexuelle Aktivität in Arbeiter-Camps in ganz Europa erhöht die Wahrscheinlichkeit einer HIV-Infektion. An diesen ‚Hot Spots‘ halten sich Frauen auf, welche kurzfristige sexuelle Kontakte mit verschiedenen Arbeitern unterhalten (Haour-Knipe 2000).

Trend in den Herkunftsländern : Das Wissen zur Thematik nimmt z.T. eher ab, während das Risikoverhalten (Kondomgebrauch, Zahl der SexualpartnerInnen) gleich bleibt. Dies wird auf einen verstärkten Einfluss von Traditionen und Religion zurückgeführt (Stulhofer et al. 2004).

Die boomende Sexindustrie, kombiniert mit sexuell übertragbaren Infektionen und Drogenkonsum unter den Prostituierten, weist darauf hin, dass Prostitution eine wichtige Rolle bei der weiteren HIV-Verbreitung in Zentral- und Osteuropa spielen wird (Hamers & Downs 2003 : 1041).

Die Situation in der Schweiz und BS/BL

Zur Situation der Zielgruppe bezüglich Risikoverhalten, Vulnerabilität und Gesundheitsversorgung in der Schweiz liegen - soweit uns bekannt - keine Veröffentlichungen vor.

5.5.2 Wissen

Die ExpertInnen betonen, dass die Zielgruppe sehr heterogen sei und damit verbunden ebenso ihr Wissensstand zur Thematik (je nach Bildungsstand, Integration, Geschlecht, Herkunft etc.). *Albanisch sprechende* MigrantInnen in Basel scheinen generell schlechter informiert zu sein, bedingt durch ein im Vergleich eher niedrigeres **Ausbildungsniveau**.

Aids ist allgemein bekannt, weniger jedoch der Unterschied zwischen HIV und Aids. Ebenso ist das Wissen über Ansteckungswege und Schutzmöglichkeiten ungenügend. HIV/Aids bedeutet für viele der

(unvermeidbare) Tod. Im Allgemeinen ist der **Wissensstand vergleichbar mit dem hiesigen von vor etwa 10-15 Jahren**. Die **Kriege** verursachten eine Lücke der Wissensvermittlung, aber auch Lücken in der Public Health Versorgung ganz generell.

Ein geäußertes Informationsbedürfnis zu HIV/Aids besteht kaum (*„Aids betrifft uns nicht“, „Man muss sich nicht schützen, da nur andere, z.B. Afrikaner, von HIV/Aids betroffen sind“*). Ein Zugang zu Informationen im Zusammenhang mit Sexualität (inklusive Verhütung) und sexueller/reproduktiver Gesundheit stellt besonders für junge Frauen aus traditionellen Familien ein Problem dar. Konflikte bestehen zum Beispiel für jugendliche Kosovarinnen mit vorehelichem Geschlechtsverkehr. Dieses Thema ist in den Familien mit einem Tabu belegt.

In den Heimatländern besteht noch immer ein hohes Risiko der **Stigmatisierung** und **Diskriminierung**. Betroffene und auch ihre Familien/ Freunde werden gemäß dem *Belgrader* Institut für Gesundheitsschutz stigmatisiert.

In den **Heimatländern** wird auch über **Stigmatisierung im Gesundheitssystem** berichtet. Medizinische Fachpersonen tendieren immer noch dazu, HIV-Positive oder Aids-Kranke als VertreterInnen von moralisch inakzeptablem Verhalten zu sehen (Assoziation mit Drogenmissbrauch, Prostitution, Homosexualität) und den PatientInnen wird ein niedrigerer Standard bei der Pflegeversorgung geboten. Ärzte fürchten gar die Gefahr einer HIV-Infektion und ziehen es vor, sich von solchen PatientInnen fernzuhalten. Die Sicht der Ärzte entspricht der allgemeinen Meinung der Bevölkerung (Savin 1996, Stankov 1998).

Auch viele MigrantInnen verknüpfen diese Krankheit mit einem unkontrollierten Lebensstil. Zuzugeben, dass man HIV-positiv ist, kann bis zum Verstoß aus der eigenen Familie führen. Daher gibt es auch im Migrationskontext **wenig Kommunikation** zum Thema und eine geringe Testbereitschaft.

Es ist daher kaum verwunderlich, dass Betroffene auch in Basel außerhalb der HIV-Sprechstunde wenig über die Infektion sprechen und dass das Thema v.a. im familiären Kreis totgeschwiegen wird. Oft erklären Betroffene ihren Zustand deshalb mit einer Begleitkrankheit, die nicht wertbeladen ist. Laut Erfahrungen der ExpertInnen hat sich gezeigt, dass die Furcht vor familiärer Stigmatisierung negative Einflüsse bezüglich Compliance (z.B. Medikamenteneinnahme) haben kann.

Homophobie ist, laut Angaben der ExpertInnen, im Raum des ehemaligen Jugoslawien, noch weit verbreitet. Männer der Zielgruppe, welche mit anderen Männern Geschlechtsverkehr haben (**MSM**), leben oft bisexuelle Beziehungen, da die formale Verbindung mit der Ehefrau dem Schein nach noch immer gelebt werden muss. In diesem Zusammenhang erstaunt der relativ hohe Anteil des MSM-Ansteckungswegs bei HIV-Positiven der Zielgruppe (NB : sehr kleine absolute Zahlen!).

Trend : Der Wissensstand verbessert sich, da auch in den Herkunftsländern (z.B. *Kosova*) zurzeit mehr Präventionsarbeit geleistet wird. Langsam ist in Basel ein gewisser Wandel spürbar und es wird **tendenziell offener** darüber gesprochen, **v.a. unter den Frauen**.

War es am Anfang für MediatorInnen innerhalb der Präventionsarbeit in der Schweiz sehr schwierig, die Zielgruppe zu erreichen und über die Thematik zu sprechen, so scheint vor allem unter Frauen ein gewisses Interesse für das Thema aufzukommen. Vor allem auch Mütter, deren Kinder in der Schweiz groß geworden sind und langsam selber ins reproduktive Alter kommen, wollen darüber gerne mehr erfahren. Die Offenheit für das Thema nimmt zu, je länger die Zielgruppe vor Ort ist.

5.5.3 Risikoverhalten

Gemäß der Expertenmeinung kann die Zielgruppe generell als **nicht überdurchschnittlich promiskuitiv** bezeichnet werden ; nur einige wenige verhalten sich sehr promiskuitiv. Allerdings kommt es innerhalb der Zielgruppe nicht selten vor, dass Männer außereheliche Sexualpartnerinnen aufsuchen ; Frauen aus der Zielgruppe tun dies kaum. Insbesondere die **jungen Männer** zeichnen sich aber im Vergleich zu ihren Vätern durch ein eher größeres Risikoverhalten aus (siehe auch : spezifische Untergruppen). Sie pflegen zum Teil ein reges Nachtleben und suchen gerne ‚Night Clubs‘ auf. (In diesem Zusammenhang ist aber anzumerken, dass regionale Unterschiede bestehen). In Zürich sind klandestine, häufig illegale Clubs und Dancings zum Beispiel viel eher im Besitz von Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien als sie dies in

Basel sind. In Basel kommt es vor, dass Clubs Männern aus dem ehemaligen Jugoslawien den Eintritt verwehren, da diese einen zweifelhaften, gewalttätigen Ruf genießen. Klandestine Clubs werden von der Zielgruppe, im Vergleich zu anderen ‚Night-Clubs‘ im Raum Basel eher selten frequentiert. In den klandestinen Clubs kommt es häufiger zu Sexualkontakten mit Prostituierten.

Eine Expertin stellt fest, dass der **Drogenstrich** von den Männern der Zielgruppe in Basel verhältnismäßig häufig frequentiert wird ; diese Aussage konnte jedoch nicht validiert werden.

Ganz allgemein lässt sich festhalten, dass der **Kondomgebrauch** unter Männern der Zielgruppe eher **unpopulär** ist. Obwohl Frauen eine größere Offenheit gegenüber dem Kondom zeigen, gehen viele Frauen von **traditionellen Rollenbildern** aus (*Der Mann wird schon auf mich aufpassen*), dies auch im sexuellen Bereich im Allgemeinen und bezüglich Schwangerschaftsverhütung (Coitus interruptus) im Speziellen.

Nach den Erfahrungen der Multikulturellen Suchberatungsstelle Basel (MUSUB) werden eher **legale** als illegale **Drogen** konsumiert. Viele Männer aus der Zielgruppe missbrauchen überdurchschnittlich häufig legale Drogen, während Frauen eher selten Drogen konsumieren. Frauen, welche Drogen injizieren, sind fast ausschließlich Vertreterinnen der zweiten Generation ; oft ist diese Art der Drogenabhängigkeit mit Prostitution verbunden. Frauen melden sich auch weniger bei der Beratungsstelle oder suchen erst Hilfe im Kantonsspital oder in der Psychiatrischen Klinik, wenn ein Akutproblem auftritt. In der MUSUB werden zurzeit keine HIV-positiven Drogenabhängige aus der Zielgruppe betreut.

Trend in Basel/Schweiz : Es macht sich bezüglich des Sexualverhaltens langsam ein Wandel bemerkbar, da neben den Männern auch vermehrt Frauen der zweiten und dritten Generation eine **freiere Sexualität - jedoch oft ohne entsprechenden Schutz** - ausleben, als dies bisher üblich war.

5.5.4 Vulnerabilitätsfaktoren

Die ExpertInnen betonen, dass in Bezug auf die Vulnerabilität neben der **Ethnie** ebenso die **sozioökonomische Situation**, das **Bildungsniveau** und die **Aufenthaltsdauer** in der Schweiz entscheidend sind. Die **Religionszugehörigkeit** scheint in diesem Kontext dagegen eine weniger zentrale Rolle zu spielen. Die **soziale Schicht** ist jedoch ebenso massgebend, da in der Schweiz als Folge unserer Saisonier-/Gastarbeiterpolitik oft MigrantInnen aus ländlichen Gegenden mit einem tiefen Bildungsniveau zugewandert sind. **Saisoniers** wurden kaum von der Präventionsarbeit erfasst. Sie liessen ihre Partnerinnen im Heimatland zurück, was das Risiko einer außerehelichen Sexualbeziehung erhöhte. Eine zusätzliche Problematik brachten die Kriegsgeschehnisse mit sich : der nun vollzogene Familiennachzug war ursprünglich von den Saisoniers oft nicht vorgesehen. Dadurch entstand eine neuartige Situation ; einerseits gerieten die Ehepartner unvorbereitet in Probleme des Rollenverständnis, andererseits wurde der Haushalt durch zusätzliche ökonomische Faktoren belastet : höhere Familienkosten in der Schweiz und weitere Geldüberweisungen in die Heimat. Diese strukturellen Probleme führten zu einer Unterschichtung.

Unter den *albanisch Sprechenden* sind **arrangierte Ehen** ein verbreitetes Phänomen. Das hängt mit der ausgeprägt patriarchalischen Familienstruktur (z.B. in *Mazedonien*) zusammen ; der Sohn spielt eine große Rolle für die Altersvorsorge der Eltern, was oft mit arrangierten Ehen in Zusammenhang steht. So wünschen sich z.B. Eltern aus *Kosova* für ihre Söhne eine Ehefrau aus dem Heimatland, damit ihre Betreuung im Alter gewährleistet ist. Darüber hinaus sind viele *KosovarInnen* in der Heimat von Arbeitslosigkeit betroffen. Eltern möchten ihren Kindern eine wirtschaftliche Existenz in der Schweiz ermöglichen und diese müssen daher eine arrangierte Heirat eingehen. Dies trifft vermehrt für beide Geschlechter zu, wobei Männer mehr Mitspracherecht haben. Die in letzter Zeit immer häufiger vermittelten Männer befinden sich dann in einer ungewohnt schwachen Stellung innerhalb der Familie (hier der Frau). Diese Ehen werden somit häufig über die Landesgrenzen hinweg organisiert. Dabei ist die in Aussicht gestellte Aufenthaltsbewilligung eine attraktive Mitgift. Da diese Eheschließungen selten Liebesheiraten sind, kommt es danach häufiger zu außerehelichen sexuellen Beziehungen. Die Tradition der arrangierten Ehen **erhöht die Vulnerabilität der Betroffenen** in Bezug auf eine HIV/Aids-Ansteckung (außereheliche sexuelle Kontakte ; Umsiedlung von einem Niedrigprävalenz-Gebiet in ein Land mit höherer Prävalenz).

Die Zielgruppe vertritt eher **konservative Normen im sexuellen Bereich**, wobei auch bei dieser Frage die Heterogenität betont werden muss. So sollten die Frauen in *Kosova* bei der Hochzeit Jungfrauen sein.

Somit gehen viele Frauen sexuell unerfahren in die Ehe. Der Druck dazu hat in letzter Zeit etwas abgenommen. Jungfäuligkeit bleibt aber ein Tabuthema.

Die direkten und indirekten **Kriegserlebnisse** führen vielen zu einer kollektiven psychischen Überlastung und können die Vulnerabilität erhöhen: Depressionen, Zwangskrankheiten, Integrationsschwierigkeiten (auch durch mangelnde Sprachkenntnisse), Genussmittelmisbrauch, Suchthandlungen (z.B. ‚Sexsucht‘) können die Folge davon sein. Es ist zudem nicht bekannt, wie viele der Migrantinnen während des Kriegsgeschehens von **sexueller Gewalt** betroffen waren, da es sich auch dabei um ein Tabuthema handelt.

5.5.5 Spezifische Untergruppen

Die **albanisch sprechende Gruppe** der MigrantInnen ist in der Schweiz zahlenmäßig stark vertreten. Diese Sprachgruppe hat in einem besonderen Masse mit einer Diskrepanz der Lebenswelten zu kämpfen. Die Unterscheidung von *Kosova*, *Mazedonien* und *Albanien* scheint den ExpertInnen jedoch wichtig. Die albanisch Sprechenden sind die ‚konservativste‘ Untergruppe innerhalb der Zielgruppe, bei denen auch die Jüngeren konservative Werte befolgen, was wiederum Auswirkungen auf deren Vulnerabilität hat. Albanisch sprechende Männer zwischen 20 und 40 sind allgemein sehr familienbezogen, und die Familie ist sehr kompakt und kontrollierend. Trotz der Familienbezogenheit gibt es außereheliche Kontakte, besonders bei den Männern ; bei den Jüngeren zunehmend auch bei den Frauen.

Junge Männer der Zielgruppe entziehen sich relativ schnell der familiären Kontrolle, nicht aber deren Werten und Normen. Diese jungen Männer legen ein gewisses Risikoverhalten an den Tag, welches sie und später auch ihre Frauen gefährden kann. Viele junge Migranten, welche im Teenageralter in die Schweiz gekommen sind, sind schlecht integriert. Jungen Männern stehen sexuelle Beziehungen mit anderen Nationen/Volksgruppen offen (gemischte Beziehungen), was für Frauen z.B. aus *Kosova* oft nicht möglich ist.

Junge Frauen : Vor allem Mädchen - besonders aus traditionellen Kreisen - werden in Sachen Sexualität sehr streng bewacht. Damit verknüpft ist auch die Problematik der häuslichen Gewalt. Die Einstellung zur Sexualität der Frauen ist stark schichtabhängig ; in gewissen Schichten zeichnet sich ein Trend zum Liberalismus ab.

Als eine speziell exponierte Gruppe wurden von den ExpertInnen Buschauffeure, welche die Reiseroute in die Heimatländer bedienen, genannt. Die mangelnde soziale Kontrolle unterwegs kann zu Risikoverhalten verleiten.

Bosnische ExponentInnen aus der Zielgruppe in Basel-Stadt sind, laut Angabe der ExpertInnen, eher gut informiert und werden durch allgemeine Kampagnen gut erreicht. Die spezifische Präventionsarbeit für BosnierInnen wurde in Basel deshalb mangels Interesse und Bedarf eingestellt.

5.6 PUBLIC HEALTH ANGEBOT

5.6.1 Nutzung der Gesundheitsdienste in Basel-Stadt/Baselland

Es muss einleitend darauf hingewiesen werden, dass die nachfolgenden Anmerkungen hauptsächlich die Sicht der VersorgerInnen wiedergeben. Die Stimme der Zielgruppe war nur indirekt durch die fünf ExpertInnen vertreten, welche aus einem dieser Herkunftsländer stammen.

Laut Angaben der ExpertInnen bereitet die Zielgruppe **keine spezifischen Probleme bei der Behandlung oder Betreuung**. Dem Gesundheitspersonal fällt auf, dass sie generell eher viele gesundheitliche Probleme äußern und medizinische Leistungen häufig in Anspruch nehmen (siehe auch Gilgen et al. 2001, Schweizerisches Tropeninstitut 1999). Es besteht der Eindruck, dass sie die bestehenden medizinischen Dienstleistungen, insbesondere die Polikliniken, eher häufiger nutzen als dies andere Gruppen von MigrantInnen tun. Von allen gesundheitlichen Leiden, für die von der Zielgruppe medizinische Hilfe beansprucht wird, stehen chronische Schmerzen und Depressionen im Vordergrund.

In der (Gynäkologischen und Medizinischen) **Poliklinik** des Universitätsspitals Basel sind MigrantInnen übervertreten. Frauen der Zielgruppe suchen aber auch häufig ihre privaten GynäkologInnen auf (sowie einige Männer private Urologen), was der Poliklinik die Sammlung von repräsentativen Daten erschwert.

Als einziges Problem werden **Kommunikationsprobleme** erwähnt. In Basel-Stadt und Baselland gibt es kaum *albanisch sprechende* Privatärzte. Dies führt für einen Teil der MigrantInnen zu einer Sprachbarriere im Zugang zu den Dienstleistungen. Die albanisch Sprechenden suchen daher eher die Polikliniken der Spitäler auf. Hingegen gibt es beispielsweise einige *bosnische* Ärzte.

GesundheitsversorgerInnen aus der Region, welche dieselbe Sprache sprechen, werden v.a. von Frauen favorisiert. Gut integrierte VertreterInnen der Zielgruppe haben jedoch kaum Zugangsprobleme.

Vorsorgeangebote werden generell **wenig genutzt**. Das **Körperbewusstsein** und das **Gesundheitsverhalten** der Zielgruppe unterscheiden sich vom hiesigen. Der Körper wird oft als Arbeitsinstrument gesehen. Er soll funktionieren, da er für das ökonomische Überleben von grosser Bedeutung ist. In der Regel benutzt die Zielgruppe beim Auftreten von Symptomen ; präventives Verhalten ist schwach ausgeprägt (*Man muss sich nicht um die Gesundheit bemühen*). Neben dem Bildungsstand spielt in diesem Zusammenhang die Aufenthaltsdauer der betreffenden MigrantInnen eine wichtige Rolle.

5.6.2 Prävention

5.6.2.1 Situation in den Herkunftsländern : Prävention

Aufklärungsarbeit in Schulen und HIV/Aids-Präventionsarbeit sind während den Kriegen in den Herkunftsländern kaum betrieben worden, weshalb MigrantInnen, welche ihr Land während oder nach Ende der Kriege verlassen haben, oft über wenig oder kein Wissen in diesem Bereich verfügen (*Kosova* : IOM 1999, Axmann 1998 : 587) ; dies schließt den Problembereich der Geschlechtskrankheiten und Schwangerschaftsverhütung mit ein.

Studien aus ‚Jugoslawien‘ weisen darauf hin, dass auch unter den Arbeitern grosse Wissenslücken im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit vorhanden sind. Es wird gefordert, dass ArbeitsmigrantInnen durch Aufklärungs- und Präventionsarbeit besser auf die im Ausland zu erwartenden ‚Risiken‘ vorzubereiten seien (Dzeletovic & Matovic-Miljanovic 1999).

5.6.2.2 Die Situation in der Schweiz und BS/BL

Existierende Projekte in der Schweiz und BS/BL

Aus der Schweiz liegen dem Studienteam Informationen zu einigen Projekten vor. Die folgende Darstellung erhebt keinen Wert auf Vollständigkeit.

- **BAG-Projekt Migration und Gesundheit** : Im Rahmen dieses Projektes (1991-Februar 2002) war zwischen 1995 und 2002 auch ein Präventionsbeauftragter für albanisch sprechende Menschen in der Schweiz tätig. Von 2000-2002 wurde unter anderem auch Aids- und Suchtprävention bei *albanisch sprechenden* Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Sportvereine in der Schweiz (siehe Projekt Migration und Gesundheit : Schlussbericht 2000-2002) durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem Verein *albanischer Intellektueller* in der Schweiz (VAIS) standen neben der Aufklärung und Sensibilisierung der Jugendlichen, deren Eltern und SportlehrerInnen auch die Aus- und Weiterbildung von MediatorInnen zu den Themen HIV/Aids und Sucht im Vordergrund. Die größte Schwierigkeit bei der Durchführung des Projekts unter den albanisch sprechenden Jugendlichen waren die kriegerischen Auseinandersetzungen in den Herkunftsländern, die sich negativ auf die Motivation der beteiligten Jugendlichen auswirkten (BAG 2002 :15, siehe BAG-Projekt ‚Migration und Gesundheit‘ Schlussbericht 2000-2002).
- **Studie des BAG** : Im Auftrag des BAG und des BFM führte das Schweizerische Forum für Migrations- und Bevölkerungsstudien 2004 eine Studie durch um abzuklären, ob die bereits bestehenden Daten für den Aufbau eines **Gesundheitsmonitorings der Migrationsbevölkerung** verwendbar und tauglich sind. Die Studie kam zum Ergebnis, dass die bestehenden Daten lediglich selektive Aussagen über einzelne Gruppen von MigrantInnen zulassen, weshalb das Wissenschaftliche Institut der Ärzte

Deutschlands (WIAD) in Zusammenarbeit mit dem LINK Institut Luzern vom BAG und BFM beauftragt wurde, eine Neuentwicklung eines Erhebungsinstruments sowie eine erste Datenerhebung und -analyse durchzuführen. Dabei soll überprüft werden, ob diese Erhebung mittelfristig in die etablierte Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) integriert werden kann. Das Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung schliesst MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien mit ein. Erste Ergebnisse sowie die Machbarkeitsstudie zur Integration in die SGB werden Ende 2005 erwartet. Aus diesem Grund konnten zum jetzigen Zeitpunkt weder das Erhebungsinstrument noch Resultate zur Verfügung gestellt werden.

- Projekt **„Migration und Reproduktive Gesundheit“**: das vom BAG mitfinanzierte und von IAMANEH Schweiz koordinierte Projekt bietet in mehreren Regionen der Schweiz Angebote in verschiedenen Sprachen (auch in denjenigen der Zielgruppe dieser Studie) rund um Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft für MigrantInnen an. Dabei werden auch Informationsmaterialien entwickelt. Die vom BAG finanzierte Internetplattform **„migesplus-Gesundheitsinformation für MigrantInnen“**, welche vom SRK betreut wird, dient ebenfalls der Informationsverbesserung von MigrantInnen im Gesundheitsbereich. Beide Angebote sind weder spezifisch auf HIV/Aids oder Geschlechtskrankheiten noch allein auf die Zielgruppe dieser Studie ausgerichtet. Sie bieten aber, wie auch andere Projekte des BAG Bereiches „Migration und Gesundheit“, gute Möglichkeiten, Angebote für die Zielgruppe zur untersuchten Fragestellung zu entwickeln, respektive bekannt zu machen.

Übrige Schweiz

Kantone St. Gallen, Appenzell-Innerrhoden, Appenzell-Ausserrhoden: In den drei Ostschweizer Kantonen wurde das AHSIGA-Projekt „INTEGRO“ (2001) lanciert. Es beinhaltet Sexualinformation und HIV/Aids-Prävention für *albanisch sprechende* Männer. 12 Männer albanischer Muttersprache wurden zu „ethnischen Beratern“ ausgebildet. Im Anschluss an die Ausbildung stehen sie im Auftragsverhältnis sozialen Einrichtungen für präventive Aufgaben bei albanisch sprechenden Männern zur Verfügung. Zwei Veranstaltungen fanden im albanischen Kulturverein in St. Gallen statt. Ein Multiplikator führte in einem Durchgangszentrum für Asylbewerber während seiner Arbeitszeit diverse Interventionen durch. Weit aus die meisten Kursteilnehmer hatten jedoch keine Informationsveranstaltungen organisiert. Die Gründe umfassten v.a. Zeitprobleme, aber auch prioritäre andere Probleme (Unruhen in der Heimat) und die Thematik an und für sich (AHSIGA-Projekt „INTEGRO“).

Ein weiteres **AHSIGA-Projekt „Passage“** (2003) führte Informationsveranstaltung zu Sexualität, Verhütung und HIV/Aids für arbeitslose Jugendliche durch (darunter überdurchschnittlich viele Jugendliche aus dem Balkan). Das Projekt richtete sich aber nicht explizit an Menschen aus dem ex-jugoslawischen Raum (AHSIGA-Projekt „Passage“).

Andere kantonale Aids-Hilfen: neben der Aids-Hilfe beider Basel (1 *Kosova*) sind auch bei anderen kantonalen Aids-Hilfen MediatorInnen aus der Zielgruppe Teil eines interkulturellen Mediatoren-Teams: Aids-Hilfe Genf GSG (1 *Kosova*), Bern AHBe (1 *Kosova*), Zürich ZAH (1 *Kosova*, früher auch 1 *Kroatien*) und Schwyz (1 *Kroatien*) (Quelle AHS 24.5.05). Die Aids Hilfe Bern arbeitet über einen männlichen Mediator aus Kosova in Durchgangszentren mit den vorwiegend männlichen Asylsuchenden aus dem Balkan. Es habe sich gezeigt, dass diese spezielle Zielgruppe schwierig zu erreichen (wenig Interesse an den angebotenen Veranstaltungen) und zu informieren sei. Bei den Männern überwiegen Haltungen im Sinne von „ich bin stark, gesund und unverletzlich - und ich weiss, welche Frauen ich mir aussuche“. Frauen seien über Themen der Familienplanung und der allgemeinen Sexuaufklärung einfacher zu erreichen. (Auskunft AHBe)

Die **Zürcher Aidshilfe** hat einen Mediatoren aus dem Kosova, welcher albanisch und serbisch spricht und somit einen Grossteil der Zielgruppe sprachlich erreichen kann. Er arbeitet hauptsächlich in Durchgangszentren, Beschäftigungsprogrammen und albanischen und serbischen Treffpunkten und Diskotheken. Die Arbeit dieses Mediatoren stosse auf grosses Interesse und komme sowohl bei der Zielgruppe wie auch bei den Betreuern im Asylbereich gut an. (Auskunft ZAH)

Kantone Basel-Stadt und Basel-Landschaft

Die **Aids-Hilfe beider Basel** (AHbB) bietet seit 1997 ein Aids-Präventionsprojekt für fremdsprachige Menschen, GUM: Gesundheit und Migration mit fünf MediatorInnen (drei Männer und zwei Frauen; eine Mediatorin aus Kosova) an. Die aktuellen Zielgruppen sind (junge) MigrantInnen aus *Kosova* und

weiteren *Ländern Ex-Jugoslaviens* sowie aus der Türkei/Kurdistan und verschiedenen afrikanischen Staaten. Es werden dabei Informationen zur HIV-Übertragung, zum Schutzverhalten und zum HIV-Test durch Vorträge, Diskussionsrunden und Events vermittelt. Kontakte werden u.a. in Treffpunkten, Vereinen, Asylzentren sowie verschiedenen entsprechenden Organisationen geknüpft. Die MediatorInnen werden von der AHbB aus- sowie laufend weitergebildet und begleitet. Sie arbeiten langfristig in verschiedenen Arbeitsgruppen mit und sind ebenso aktiv in der Vernetzung der involvierten Institutionen, Organisationen und Schlüsselpersonen. Die Vermittlung der HIV/Aids-Thematik wird erweitert durch allgemeine Informationen zur sexuellen Gesundheit (z.B. Verhütung von ungewollter Schwangerschaft und Geschlechtskrankheiten, sexuelle Erziehung der Kinder, Arztbesuch) und wenn möglich in allgemeine Gesundheitsprogramme integriert. Die MediatorInnen üben bei themenübergreifenden Problemen eine Vermittlerfunktion aus. Das Angebot wird laufend angepasst und später eventuell auf andere (fremdsprachige) Bevölkerungsgruppen fokussiert. Die **Erfahrungen mit der Zielgruppe in der Aids-Prävention** sind **gemischt**, doch **vorwiegend positiv**. Allgemein fällt auf, dass der Wissensstand über Themen rund um die Sexualität im Allgemeinen und HIV und Aids im Speziellen innerhalb der Zielgruppe sehr heterogen, oftmals eher schlecht ist. Frauen sind in der Regel einfacher anzusprechen und zeigen dieser Thematik gegenüber tendenziell mehr Offenheit. Doch auch Männer lassen sich innerhalb eines gefestigten Rahmens (im Gegensatz zum öffentlichen Raum) für Präventionsprogramme interessieren und werden oft im Verlauf gesprächiger. Als grösstes Problem werden von den MediatorInnen kulturspezifische Tabuisierungen und der soziale Gruppendruck genannt.

Da das Projekt einem grossen Bedürfnis entspricht und die bisher gesammelten Erfahrungen als durchwegs positiv zu werten sind, wird es unter dem Patronat der Aids-Hilfe beider Basel weitergeführt (AHbB-Projekt ‚GUM‘).

Die **Ausländerberatung GGG** führt eine **Liste mit fremdsprachigen ÄrztInnen**. In Basel gibt es viele **Pflegefachpersonen**, aber zu wenige **praktizierende Ärzte und Ärztinnen** aus der Zielgruppe (vor allem aus den Gegenden *albanischer Sprache*; es praktiziert nur ein albanisch sprechender Arzt aus *Kosova* in Liestal). Probleme haben Ärztinnen und Ärzte der Zielgruppe auch damit, dass sie ihre Diplome nicht beibringen können; daher arbeiten hier viele in der Pflege. Ärztinnen und Ärzte mit vorhandenen Diplomen können in ihrem Beruf in Anstellung (im Kantonsärztlichen Dienst Basel-Stadt arbeitet z.B. eine Mitarbeiterin aus *Kosova*), jedoch nicht freipraktizierend tätig sein. Ressourcenpersonen, die verstärkt in die Prävention und Versorgung eingebunden werden könnten, wären also vorhanden.

Das **Kurszentrum K5** in Basel bietet **Frauen Deutschkurse** an, in welchen auch **Aufklärungsarbeit** geleistet wird: einen Vormittag (circa 2,5 Stunden) lang werden sie zum Thema Aids unterrichtet. Das Interesse bei den Frauen ist vorhanden, ein Problem besteht jedoch darin, dass die Frauen nach Kursende für spätere Veranstaltungen mit aktualisierten Informationen nicht mehr erreicht werden können. Bestehende Diskussionsgruppen **‚FemmesTische für Migrantinnen‘** für jeweils 5-10 Migrantinnen mit insgesamt 6 Moderatorinnen (Sprachen: u.a. *albanisch, kroatisch*) erreichen eher Frauen mit niedriger Schulbildung und könnten das Thema ebenso aufnehmen. Diese Form der Weiterbildung und des Austausches für Frauen ausländischer Herkunft hat sich innerhalb kurzer Zeit aus dem FemmesTische-Konzept für einheimische Frauen und Männer entwickelt, welches 1996 von Organisationsfachleuten in Baselland ins Leben gerufen wurde und von der Radix Gesundheitsförderung unterstützt wird. Das Themenspektrum der ‚Frauen-Stammtische‘ ist vielfältig und orientiert sich an den Bedürfnissen der beteiligten Frauen. Die Themen werden mittels eines kurzen Informationsvideos eingeführt. Diese Veranstaltung in privatem Rahmen könnte sich eventuell als ein geeignetes Gefäß für niederschwellige Präventionsarbeit unter Frauen erweisen (Focus 2003).

Die Arbeit mit **MediatorInnen** (AHbB, K5 etc.) wird schon seit geraumer Zeit erfolgreich betrieben und könnte ausgebaut werden. Eine kulturübergreifende Ausbildung der MediatorInnen wäre nützlich.

Sportclubs im Allgemeinen und Fussballclubs im Spezifischen sowie Folklore- und andere **Vereine** könnten zur Erreichung der Zielgruppe geeignet sein. Unter Umständen könnten auch **religiöse Gemeinschaften** als Netzwerke für die Präventionsarbeit dienen.

Die bestehenden **Broschüren** der Aids-Hilfe beider Basel in *serbisch, bosnisch, kroatisch* und *albanisch* sind noch zu wenig bekannt. Es gibt zwar ganz allgemein eine Fülle von Materialien, nur sind diese oft wenig

verbreitet. Das BAG produziert z.B. zurzeit Kurz-**Videos** auf DVD in 16 Sprachen für die Grenzsanitarische Untersuchung.

Informationen und Kompetenzen der Akteure

Ärztinnen und Ärzte sollten vermehrt Broschüren in den Herkunftssprachen, z.B. die der Aids-Hilfe, auflegen und ihre PatientInnen darüber informieren. Die migrationsspezifische Anamnese sollte vermehrt gelehrt und angewandt werden.

Eine vertiefte Sensibilisierung der **ÜbersetzerInnen** und des **Gesundheitspersonals aus der Zielgruppe** soll latent vorhandener Diskriminierung entgegenwirken.

Das Potenzial der **MediatorInnen** muss zunehmend ausgeschöpft werden ; diese sollten speziell informiert und ausgebildet werden.

5.7 HANDLUNGSBEDARF

5.7.1 Hauptprobleme und Verbesserungsvorschläge

Laut Meinungen der ExpertInnen ist die Problematik um HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen (sowohl epidemiologische Daten wie Exposition) im Vergleich zu anderen Migranten-Gruppen zum Zeitpunkt der Studie relativ klein. Die erste Migranten-Generation ist eher weniger als der Durchschnitt aller Migranten-Gruppen in der Schweiz betroffen (u.a. wegen den niedrigen Prävalenzen in der Heimat). Allerdings ist die zweite, respektive dritte Generation wegen der sich auflösenden sozialen Regeln und Kontrollen und anderen Vulnerabilitätsfaktoren verstärkt exponiert. Die Expertenrunde betont, dass der Fokus somit auf ‚die tickende Zeitbombe‘ gelegt werden muss, d.h. die **Jugendlichen der zweiten und dritten Generation** müssen erreicht werden.

Im Bereich der Sexualität herrscht eine mangelnde **Kommunikationskultur**. Über Sexualität im Allgemeinen und HIV/Aids im Speziellen wird wenig gesprochen- sowohl zwischen den Partnern, als auch zwischen Eltern und Kindern. Im Gegensatz zum familiären Kreis ist ein Austausch unter den Frauen eher vorhanden, z.B. zu Themen der Verhütung. Eltern sind eine sehr wichtige Zielgruppe innerhalb der Präventionsarbeit, da der **Intergenerationen-Dialog** gesucht werden muss. **Kenntnisvermittlung zur hiesigen Sexualpädagogik und Verhütungsaufklärung** für die Eltern ist wichtig, damit die HIV-Präventionskampagnen akzeptiert werden. Es besteht ansonsten die Gefahr, dass die Präventionsarbeit boykottiert werden könnte, falls die Kinder in der Schule oder im Jugendtreff ohne vorgängige Aufklärung der Eltern zu offen zum Thema Sexualität informiert werden. Für eine bessere Akzeptanz der HIV-Prävention und um der Stigmatisierung vorzubeugen soll das HIV-Thema zudem in ein **Gesamtgesundheitsprogramm** eingebettet werden. Schulen mit hohem Ausländeranteil sollen aufgesucht werden ; der migrationsspezifische Hintergrund muss berücksichtigt und das integrierende Element gefördert werden. Der Einsatz von ausgebildeten kulturellen **MediatorInnen** erhöht die Akzeptanz der Informationsvermittlung für die jeweiligen Sprachgruppen - insbesondere bei heiklen Themen.

Sexuelle Gewalt während der Kriege ist ein weiteres Tabu. Die immer noch vorhandene **Stigmatisierung und Diskriminierung** weisen auf eine **Informationslücke** hin.

Es sollte versucht werden, die **jugendliche Zielgruppe** in Jugendtreffs (Peer Education) anzusprechen. Hierbei sollte ein **möglichst breiter Diskurs** gesucht werden, damit sich auch möglichst viele Jugendliche angesprochen fühlen. Ist die Präventionsarbeit nur auf eine Gruppe ausgerichtet, kann dies wiederum zu Stigmatisierung und Diskriminierung führen.

Die **albanisch Sprechenden** aus v.a. ländlichen Gebieten konzentrieren sich noch immer stark auf die **orale Tradition**. Dies korreliert mit dem eher niedrigeren Bildungsniveau. Vor allem für Frauen aus diesem Kulturkreis ist das gesprochene Wort oftmals die einzige Informationsquelle, da sie aufgrund schlechter Bildung von schriftlichen Informationen ausgeschlossen sind. Bei der jüngeren Generation trifft das nicht mehr im selben Masse zu. Männer hingegen nutzen häufiger **Printmedien aus den Herkunftsländern**.

TV-Kanäle aus den Herkunftsländern werden von den ExpertInnen als dasjenige Kommunikationsmittel, welches *albanisch Sprechende* am ehesten mit dem nötigen Wissen über Verhütungsmassnahmen und über HIV/Aids-Prävention versorgen könnte, genannt. Viele der Frauen können nur mangelhaft lesen und haben kaum eine Möglichkeit, an Veranstaltungen ausser Haus teilzunehmen. Albanisch sprechende Mütter könnten am ehesten tagsüber (während ihre Männer arbeiten) erreicht werden. Fernsehen wird in albanischsprachigen Gebieten der Heimatländer oft für pädagogische Zwecke eingesetzt.

Die TV-Stationen wären zur Zusammenarbeit bereit. Hingegen seien die schweizerischen Medien (egal ob Printmedien oder audiovisuelle Kanäle) keine erfolgsversprechende Option. Eine Möglichkeit gäbe es hingegen bei einer Zusammenarbeit mit **Lokalmedien** wie Tele Basel und Radio X (welches Programme in verschiedenen Sprachen anbietet). Auch wenn damit relativ wenige erreicht werden, ist die nachfolgende orale Verbreitung nicht zu unterschätzen.

Religiöse Kreise sollten vermehrt in den Diskurs eingebunden werden, da sie innerhalb einiger Untergruppen einen gewichtigen Stellenwert in der Meinungsbildung übernehmen. Zudem haben viele MigrantInnen zu wenig Freizeit oder sind zu müde um zu lesen ; der Kirchen- resp. Moscheenbesuch beinhaltet zum Teil somit auch einen Aspekt der Informationsbeschaffung. Es scheint jedoch, dass kulturelle Faktoren bei *albanisch sprechenden* MigrantInnen oftmals stärker als religiöse Einflüsse sind. So ist beispielsweise die Stellung der Frau eher kulturell als religiös bedingt.

Geplante Veranstaltungen sollen für einzelne Ethnien in den entsprechenden **Sprachen** angeboten und bekannt gemacht werden ; Sprachgruppen sind hierbei wichtiger als Staatszugehörigkeiten.

In der Gesundheitsversorgung muss die **migrationsspezifische Anamnese** vermehrt gelehrt und angewandt werden, da anderes Körperbewusstsein, andere Ernährung, Migrationsgründe und -erfahrung wichtige Grundlagen zum Verständnis von Prävention und Krankheit bilden. Es wird der Wunsch geäussert, dass **Ressourcepersonen im Gesundheitswesen** identifiziert und eingebunden werden. Der Zugang zu fremdsprachigen ÄrztInnen sollte verstärkt ermöglicht werden, um den Beizug eines Dolmetschers zu vermeiden.

5.7.2 Zielgruppen

Spezielle Zielgruppen für die Präventionsarbeit sollten nach Ansicht der ExpertInnen die **jungen Frauen und Männer** (v.a. der zweiten und dritten Generation) sowie die **albanisch sprechende Bevölkerung** sein. Die Einbindung der **Männer** in die Projekte ist notwendig. Der Ablehnung des Kondoms durch viele der Männer muss mittels einer angepassten, nicht ausschliesslich kondomzentrierten Kampagne begegnet werden. Infektionen durch Geschlechtskontakte unter Männern kommen wohl viel häufiger vor als angegeben wird ; homosexuelle Kreise müssen daher speziell beachtet werden.

Die Aufklärung der Töchter und Söhne erfolgt oft auch durch die Mutter. Das spricht für die Wichtigkeit der **Mütter** als Informationsvermittlerinnen, da Jugendliche ebenfalls über sie erreicht werden können.

5.7.3 Zu erwartende Probleme bei der Durchführbarkeit

Frauen zeichnen sich oft durch eine erschwerte **Erreichbarkeit** aus. Sind sie aber erst einmal kontaktiert, ist es relativ einfach, mit ihnen offen über Themen rund um die Sexualität zu sprechen, vorzugsweise mittels Mediatorinnen. Der Zugang zu Männern gestaltet sich auf jeder Ebene schwieriger. Dies trifft in verstärktem Mass auf homosexuelle Männer zu, obwohl sich langsam eine gewisse Offenheit entwickelt.

Die **Beteiligung** an Präventionsanlässen ist oft sehr gering. Es stellt sich also die Frage, wie und wo man die Zielgruppe für Präventionsbestrebungen abholen und dies auch wiederholt tun kann, um die Information aktualisieren zu können. Der Eindruck sei, dass MigrantInnen aus den Staaten des ehemaligen Jugoslawien nicht gerne solche Präventionsveranstaltungen besuchen. Die Erreichbarkeit dieser Gruppe allgemein und dann noch mit einem so heiklen Thema wie Sexualität und HIV/Aids ist schwierig. Die Frage rund um HIV/Aids soll deshalb in einen erweiterten Gesundheitsdiskurs eingebettet werden. Die schweizerischen HIV/Aids-Kampagnen sind zudem stark kondomzentriert ; unter Umständen würde Treue als relevantes Argument unter der Zielgruppe zu mehr Akzeptanz der Präventionskampagne führen.

5.8 DISKUSSION

5.8.1 Methodik

Problematik Literatur : Für die Schweiz und den deutschsprachigen Raum sind keine relevanten publizierten Arbeiten verfügbar.

Die internationale Literatur fokussiert auf einzelne Staaten (v.a. *Serbien* und *Kroatien*), ist meist bereits älteren Datums.

Problematik Auswahl der Kantone : Der Kanton Basel-Landschaft ist in der Experten-Runde untervertreten (Grund : v.a. die Zentrumsfunktion der Stadt Basel), weshalb sich einige der spezifischen Aussagen vor allem auf den Kanton Basel-Stadt beziehen. Die Resultate sollten jedoch, nach Angaben der ExpertInnen, auch für die Situation in der restlichen Deutschschweiz repräsentativ sein.

Problematik Repräsentanz der verschiedenen Nationen : In der Experten-Runde war schwerpunktmäßig Wissen zu den *albanisch sprechenden* MigrantInnen vorhanden, da durch das kurzfristig einberufene Panel eine ausgewogenere Zusammensetzung der Runde nicht möglich war. Der starke Fokus auf albanisch sprechende Gruppen in den Diskussionen erklärt sich jedoch nicht alleine durch eine Verzerrung bei den InformantInnen. Die Erfahrungen der Schweizer ExpertInnen zeigen bei dieser Untergruppe einen speziellen Bedarf an Informationen und Zugang zu Dienstleistungen auf.

Problematik Demographie Statistik : Die eingebürgerten MigrantInnen sind in den Statistiken nicht enthalten. Eine Unterscheidung bezüglich der Thematik nach Aufenthaltsstatus (Asylsuchende versus ständige Wohnbevölkerung) wurde wegen der relativ kleinen Anzahl Asylsuchender nicht vorgenommen.

Problematik Demographie Zielgruppe : Der politische Begriff ‚Ex-Jugoslawien‘ sollte (in diesem Zusammenhang) vermieden werden und stattdessen von den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien gesprochen werden. Die Heterogenität dieser Zielgruppe erschwert jedoch eine Analyse der Situation von MigrantInnen aus den verschiedenen Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawiens innerhalb ein und derselben Studie. Dieser Punkt ist nicht nur in Bezug auf die Fragestellung relevant, sondern auch im Hinblick auf allfällige zukünftige Präventionskampagnen, die den spezifischen Gegebenheiten der einzelnen Subgruppen angepasst werden müssten. Generelle, verallgemeinerbare Aussagen sind daher nicht möglich.

5.8.2 Resultate und Handlungsbedarf

Demographie: Die verfügbaren demographischen Daten sind nach Herkunftsnation gegliedert, was für diese Fragestellung wenig Sinn machen. Die Verhaltensweisen - gerade auch in Bezug auf ein Ansteckungsrisikoverhalten - der verschiedenen **Ethnien** unterscheiden sich beträchtlich. Eine Einteilung nach **Sprachgruppen** ist demnach wichtiger als nach Staatszugehörigkeiten. Allerdings gibt es auch innerhalb von Sprachgruppen Unterschiede. So verhalten sich beispielsweise die *albanisch sprechenden Gruppen* aus *Kosova* oder aus *Mazedonien* z.T. anders als jene aus *Albanien*.

Des Weiteren muss auch die **sozialhistorische** und **migrationsspezifische Dimension** (Aufenthaltsdauer, Aufenthaltsstatus) und nicht nur die aktuelle Zusammensetzung der Zielgruppe in der Schweiz berücksichtigt werden. Seit Ende der 60er Jahre kamen neben hochqualifizierten *kroatischen* und *serbischen* Familien, die sich dauerhaft niederliessen, vor allem Männer aus ländlichen Gebieten (oft *albanischer Sprache*) als Saisonier-Arbeiter in die Schweiz. Im letzteren Fall handelte es sich um eine temporäre Arbeitsmigration. Eine wichtige Zäsur bilden dabei die kriegerischen Auseinandersetzungen der 90er Jahre, welche die Migrationsumstände und damit auch den Kreis der Migrierenden tiefgreifend veränderten. Die Kriege führten zum ursprünglich nicht vorgesehenen definitiven Aufenthalt und einem Familiennachzug. So leben einerseits Familien bereits in der dritten Generation hier, andererseits entstanden komplett neue Familiensituationen. Da die reine Arbeitsmigration in den 90er Jahren von einer Kriegsmigration abgelöst wurde, kamen auch viele weitere Kriegsflüchtlinge in die Schweiz. Sie lebten hier meist mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus als Schutzbedürftige und vorläufig Aufgenommene und planten vielfach (z.T. gezwungenermassen) eine Rückkehr in die Heimat.

Als weitere entscheidende Faktoren müssen schliesslich auch die soziale Stellung/Situation und das Bildungsniveau der MigrantInnen mitberücksichtigt werden.

Epidemiologie: Aus den Meldungen, die das BAG in den Jahren 1996-2004 erhalten hat, zeigt sich für die gesamte Schweiz und für die beiden Basel ein sehr ähnliches Bild. Sowohl in der Schweiz wie auch in den Basler Kantonen scheinen die MigrantInnen aus dem ehemaligen Jugoslawien mit 1,4% aller **HIV-positiv** registrierten Personen und wenigen **Aids**-PatientInnen eher unterdurchschnittlich betroffen zu sein, v.a. in Anbetracht dessen, dass die MigrantInnen insgesamt die größte Ausländergruppe ausmachen (s.a. ISPM 2001, BAG 1994). Eine optimierte Informationsvermittlung ist aber essentiell, damit dieses positive Resultat auch zukünftig aufrechterhalten werden kann.

Problematik BAG-Daten: Über die Testfreudigkeit der Zielgruppe ist sehr wenig bekannt, weshalb die niedrigen Prozentsätze der HIV-Positiven mit Vorsicht zu genießen sind (Selection Bias). Viele der ExpertInnen nehmen an, dass der äußerst geringe Prozentsatz an HIV-Infektionen innerhalb der Zielgruppe ein verfälschtes Bild hinterlässt, da sich laut ihren Angaben lediglich ein ganz geringer Teil der Zielgruppe freiwillig testen lässt. Um mehr Klarheit zu erhalten, müsste man bevölkerungsbasierte Daten erheben/analysieren können.

Bezüglich **Geschlechtskrankheiten** ist die Datenlage in der Schweiz nicht optimal. Die Daten der Polikliniken an das BAG sind nicht repräsentativ, denn nur der aller kleinste Teil der Krankheitsfälle wird von diesen erfasst. Die Meldungen (gewisse Häufung von Urethritis, Skabies und Condylomata acuminata), die mehrheitlich Männer betreffen, lassen jedoch auch deshalb keine generalisierenden Schlussfolgerungen zu, da es sich um ein nicht repräsentatives Sample handelt (Selection Bias) und viele PatientInnen mit Geschlechtskrankheiten von PrivatärztInnen (Männer von Urologen, Frauen von GynäkologInnen) gesehen werden und somit nicht in dieser Meldestatistik erscheinen. Dasselbe muss für die von PrivatärztInnen empfundene Häufung von Trichomonaden-Infektionen angenommen werden. Trotzdem lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die **Zielgruppe anhand der bisher gesammelten Erfahrungen wenig durch HIV/AIDS und sexuell übertragbare Infektionen betroffen zu sein scheint**.

Generell gilt auch für die Schweiz eine immer noch aktuelle Einschätzung von Axmann (1998 : 588), dass ein Nachholbedarf an epidemiologischen und quantitativen Studien bestehe, die den Zusammenhang zwischen HIV/Aids und Migrationsbewegungen aus *Zentraleuropa* analysieren.

Zur HIV/Aids-Epidemiologie und -Exposition sowie zur Verbreitung von sexuell übertragbaren Erkrankungen für die Zielgruppe liegen in der Schweiz und in den Herkunftsländern kaum Veröffentlichungen vor. Eine abschliessende Beurteilung der Situation ist daher nicht möglich, wohl aber eine annähernde Einschätzung der Infektionslage.

Die Meldepflicht für **Schwangerschaftsabbrüche** wird von den GynäkologInnen nicht systematisch eingehalten. Der Kantonsärztliche Dienst Basel-Stadt erfasst ungefähr einen Drittel aller Fälle. Somit können mit den vorliegenden Zahlen keine repräsentativen Schlüsse über die relative Häufigkeit von Interruptiones bei der Zielgruppe gemacht werden. Es lässt sich aber festhalten, dass die Zielgruppe wie auch generell Frauen ausländischer Herkunft überproportional betroffen sind.

Wissen, Vulnerabilitätsfaktoren und Risikoverhalten: Die Heterogenität der Zielgruppe und fehlende Daten erlauben auch hier keine verallgemeinernden Aussagen. Der Wissensstand kann aber z.T. als deutlich ungenügend bezeichnet werden. Die herrschende Gesellschafts- und Kommunikationskultur (v.a. bezüglich Geschlechterrollen und Generationenverhalten : z.B. arrangierte Ehen) mit drohender Stigmatisierung und Diskriminierung **erschwert die Informationsvermittlung zu intimen Themenbereichen**. Die Diversität der Zielgruppe erfordert eine Konzentration möglicher Massnahmen auf zukünftig besonders gefährdete Untergruppen.

Festgestellte Wissenslücken sind mit einem tieferem Bildungsniveau und der schlechteren sozioökonomischen Situation verknüpft, was auf *albanisch sprechende* MigrantInnen in vermehrtem Mass zutrifft. Viele MigrantInnen hatten in den Herkunftsländern - bedingt durch die Kriegsgeschehnisse - kaum Zugang zu spezifischen Gesundheitsinformationen und sind daher vermehrt auf Schweizer Präventionsaktivitäten angewiesen. Davon sind sowohl Kriegsflüchtlinge wie auch ArbeitsmigrantInnen in ähnlicher Weise betroffen.

Ein **Risikobewusstsein und ein entsprechendes Schutzverhalten (z.B. Kondomgebrauch)** sind **bisher kaum vorhanden**. Beides spiegelt sich u.a. in der geringen HIV-Test-Rate wider.

Die Stellung der **Jugendlichen** zwischen Tradition und liberalem Lebensstil kombiniert mit ungenügendem Wissen zu präventivem Verhalten macht sie zukünftig vermehrt zu einer Gruppe, deren Risikoverhalten und Exposition mit **erhöhter Aufmerksamkeit** verfolgt werden sollte.

Public Health Angebot : Die Zielgruppe bereitet **keine spezifischen Probleme bei der Behandlung oder Betreuung** im Gesundheitswesen. Es fällt lediglich auf, dass sie medizinische Leistungen häufig kurativ in Anspruch nimmt, vor allem in Zusammenhang mit chronischen Schmerzen und Depressionen. Die überproportionale Nutzung der Polikliniken (mit ihrem Übersetzungsangebot) könnte mit der kleinen Dichte frei praktizierender Ärztinnen und Ärzte derselben Muttersprache zusammenhängen. Ansonsten gibt es **Zugangsschwierigkeiten**, welche v.a. durch sprachliche und kulturelle Kommunikationsprobleme sowie durch unterschiedliche Gesundheitsdefinition und -perzeption bedingt sind und auch von anderen MigrantInnengruppen bekannt sind. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist ein wichtiges Instrument, welches für eine effiziente Primär- und Sekundärprävention eingesetzt werden kann. Die hohe Nutzung von Gesundheitsdiensten durch die Mitglieder der Zielgruppe unterstreicht die Möglichkeiten/Gelegenheiten der **Prävention in der Arztpraxis**. Ein Hauptgrund für die bisher ungenügende Nutzung dieser Möglichkeit sind die oben genannten Kommunikationsbarrieren. Um auf dieser Ebene die Präventionsarbeit verstärken zu können, wäre die Verfügbarkeit von **interkulturellen ÜbersetzerInnen/MediatorInnen** nötig und müsste auch deren Bezahlung - zum Beispiel über die Verrechnung via Krankenkassen - besser geregelt sein.

Es liegen aus Sicht der ExpertInnen Gründe vor, die für **vermehrte spezifische HIV/Aids-Aufklärungsarbeit** und Präventionsanstrengungen unter Flüchtlingen und MigrantInnen aus dem ex-jugoslawischen Raum sprechen würden. Diese Menschen kommen aus einer Region mit einer im Vergleich zur Schweiz sehr niedrigen HIV-Prävalenz mit einem eher schwachen Dienstleistungsangebot in dieser Fragestellung. Die Migrationserfahrung verstärkt bekanntlich HIV/Aids-Vulnerabilitätsfaktoren. Der zunehmend liberalisierte Lebensstil gefährdet insbesondere die **Jugendlichen** stark. Ein erhöhter Informationsbedarf dieser MigrantInnen-Gruppe wird auch im Bereich der reproduktiven Gesundheit festgestellt (Iamaneh 2003a). Gerade auch im Ausland kann es zu einer Retraditionalisierung kommen, die nicht nur durch den Migrationskontext, sondern auch durch die im Ausland erfahrene Abwertung gefördert wird, welche den Informationsbedarf noch verstärkt. ExponentInnen aus den einzelnen Nationen sind unterschiedlich gut informiert, was auf grössere soziokulturelle Unterschiede innerhalb der Zielgruppe hinweist. Spezifische Gesundheitsprogramme bestehen bisher nur punktuell.

Es erscheint jedoch - auch im Hinblick auf die BAG-Strategie HIV/Aids und Migration - wichtiger, dass für diese Zielgruppe neben allgemeinen **migrationsspezifisch angepassten Dienstleistungen** insbesondere der **Zugang zu den bestehenden Informationen und Dienstleistungen verbessert** werden kann (s.a. Iamaneh 2003b). Vorhandene Ressourcen sollten optimiert genutzt werden : so könnten Gesundheitsinformationen vermehrt in bestehende Angebote z.B. Sprachkurse, FemmesTische oder Geburtsvorbereitungskurse integriert angeboten werden ; MediatorInnen und Fachpersonen aus denselben Herkunftsländern sollten in stärkerem Mass informiert (z.B. zur Notwendigkeit der migrationsspezifischen Anamnese, zu Gefahren der Stigmatisierung) und eingebunden werden ; bestehendes Infomaterial (Broschüren und Videos/DVDs in diversen Sprachen) muss bekannt und zugänglich gemacht werden.

Es bedarf daneben der Weiterführung **migrationsspezifischer, mediationsunterstützter Präventionsprojekte** auf der **Schul- und Jugendarbeitsebene**. Dies soll unter **Einbindung der Eltern, v.a. der Mütter**, geschehen, welche über die hiesige Sexual- und Verhütungsaufklärung sowie zur Kommunikationskultur vorgängig informiert werden müssen. Dafür bieten, neben Fernsehsendungen in albanischer Sprache, wie oben erwähnt auch Geburtsvorbereitungskurse und ähnliche Angebote, wie sie zum Beispiel im Rahmen des Projektes ‚Migration und Reproduktive Gesundheit‘ entwickelt werden, sicherlich eine ideale Eintrittspforte. Diese Kurse haben im Migrationskontext eine wichtige Funktion für die Informationsvermittlung und bieten Unterstützung, welche im Herkunftsland die Mütter oder Schwiegermütter der Frauen garantieren würden.

Die **mehrgleisig aufgebaute Informationsvermittlung** soll neben der schriftlichen Form eine **starke orale Komponente** (TV aus der Heimat, Radio mit Sendungen in der Muttersprache) aufweisen, damit möglichst breite Bevölkerungskreise erreicht werden können.

Präventionsprogramme sollen zudem zur Vermeidung von Stigmatisierung und zur besseren Erreichbarkeit der Zielgruppe weitere MigrantIn-Gruppen einbeziehen und zur höheren Akzeptanz in ein größeres Gesundheitsprogramm eingebettet werden.

5.8.3 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Zur vorliegenden Fragestellung gibt es für die Schweiz und den deutschsprachigen europäischen Raum nur wenige spezifische epidemiologische Daten und Informationen, welche in Studien oder Publikationen aufgearbeitet sind. Dennoch erlaubt - aus Sicht der AutorInnen dieser Teilstudie - es die vorliegende Evidenz (validiert und ergänzt durch die Befragung der ExpertInnen) Schlüsse zu ziehen. Aus Sicht der vorliegenden Studie gibt es nicht genügend Anhaltspunkte, um zum jetzigen Zeitpunkt zusätzliche spezifische Erhebungen, die über die geplanten Studien (WIAD, Monitoring Migrants etc.) hinausgehen würden, zu empfehlen. Die Entwicklungen innerhalb der Zielgruppe sollen jedoch mit den existierenden Instrumenten verfolgt werden, um diese Empfehlung periodisch revidieren zu können.

In Bezug auf die Situation der sexuell übertragbaren Infektionen inklusive HIV/Aids bei der untersuchten Zielgruppe ergeben sich zusammenfassend aus den vorliegenden Informationen folgende zentrale Aussagen.

- Die Zielgruppe ‚MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien‘ sind eine stark heterogene Gruppe - Verallgemeinerungen sind problematisch.
- Generell sind MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien bisher eher unterdurchschnittlich von HIV/Aids und sexuell übertragbaren Infektionen betroffen.
- Die Zielgruppe ist zurzeit nicht als Gruppe mit hohem Risikoverhalten oder spezieller Exposition einzustufen. Die vorhandenen demographischen, epidemiologischen und sozialen Faktoren deuten aber auf die Möglichkeit einer zukünftig zunehmenden Ausbreitung von HIV und Geschlechtskrankheiten innerhalb der Zielgruppe hin. Die Entwicklung der Sachlage soll in den kommenden Jahren eng verfolgt werden. Bei gewissen Untergruppen besteht ein Potenzial, dass sie zukünftig zu einer Gruppe mit erhöhtem Risiko und erhöhter Exposition werden könnten. Faktoren, die neben allgemeinen Vulnerabilitätsfaktoren wie der Migration dazu beitragen könnten, sind insbesondere :
 - die geringe Ausgangsprävalenz in den Herkunftsländern;
 - Wissenslücken und geringe Schulbildung (z.B. bei gewissen albanisch Sprechenden der 1. Generation);
 - Gender und Intergenerationen Beziehungen, welche den freien Diskurs über;
 - die Spannung zwischen traditionellen Werten und einer liberalisierten neuen Lebenswelt, welche junge MigrantInnen insbesondere der zweiten und dritten Generation zu Risikoverhalten bewegen könnte.

Allerdings sind auch diese Faktoren nicht Zielgruppen spezifisch. Ähnliche Situationen finden sich bei anderen MigrantInnen Gruppen aus ursprünglich traditionellen Kulturen. Jugendlichen MigrantInnen sollte bei der Ausarbeitung von Präventionsstrategien zukünftig aber vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die Arbeit in Schulen, Peer Education in Jugendclubs und MediatorInnenarbeit bieten sich hier speziell an.

- Komplementär könnte über Massenmedien (Schweizer Lokalfernsehen/Radio, Kollaboration mit den Fernsehstationen der Herkunftsländer) Sensibilisierungsarbeit für ein breiteres Publikum angestrebt werden.
- Thematische Hauptinhalte von Präventionsbemühungen sollten sein : Betroffenheitsgefühl verstärken, freiwillige HIV-Testung, Geschlechterbeziehungen und -Rollen, Kenntnisvermittlung zur hiesigen Sexualpädagogik und Verhütungsaufklärung inklusive Kondome sowie Stigmatisierung und Diskriminierung. Diese Themen sollten integriert in einem ganzheitlichen Gesundheitskontext präsentiert werden und stark auf den Intergenerationen- und Intergeschlechter-Dialog setzen. Allerdings sollte der Schwerpunkt weniger auf die reine Wissensvermittlung als auf Maßnahmen, welche Verhaltensänderung fördern, gelegt werden.
- Bei der Nutzung der Gesundheitsdienste und den Zugangsschwierigkeiten zu letzteren lassen sich ähnliche - aber nicht gewichtigere - Problematiken wie bei anderen MigrantIn-Gruppen feststellen (Probleme der Kommunikation, andere Körperverständnisse, mangelndes Präventionsbewusstsein).

Die laufenden Bestrebungen des BAG und der Kantone, diese Mängel anzugehen (transkulturelle Übersetzung und Mediation sowie die Frage deren Finanzierung, Migrant Friendly Hospitals, etc.) sollten ausreichen, um auch den Bedürfnissen dieser Zielgruppe gerecht zu werden. Spezifische zusätzliche Interventionen erscheinen nicht angezeigt.

- Das nationale HIV/Aids-Programm nennt MigrantInnen aus Hochprävalenz-Ländern als Zielgruppe, für welche spezielle Maßnahmen im segregativen Sinn möglich sind. Für die restliche Migrationsbevölkerung sollen die bereits bestehenden Angebote ausgerichtet werden. Dieser integrative Ansatz bietet sich auch für die MigrantInnen aus den Nachfolgerepubliken des ehemaligen Jugoslawien an. Eine gesonderte Kampagne für die Zielgruppe würde das Risiko bergen, sie zusätzlich einer Stigmatisierungs-/Diskriminierungswelle auszusetzen .
- Bestehende relevante Ressourcen und Angebote sollten allerdings besser bekannt und zugänglich gemacht werden, denn MigrantInnen aus dem ex-jugoslawischen Raum sind durch die - im Vergleich zum Heimatland - höhere HIV-Prävalenz in der Schweiz und das mangelnde Risikobewusstsein verstärkt gefährdet und bedürfen daher vermehrter Information und Aufklärung.

6 CONCLUSIONS GÉNÉRALES ET RECOMMANDATIONS

L'étude devait permettre de répondre aux questions suivantes :

- Les données à disposition sont-elles suffisantes pour se prononcer sur la situation et son évolution ? Quels sont les problèmes principaux et les problèmes émergents ?
 - Les données à disposition sont-elles suffisantes pour agir (si nécessaire) ?
 - La méthode choisie (panel) est-elle suffisante dans le cadre d'une surveillance de deuxième génération ? Convient-il de procéder à des enquêtes de population ?
-
- **Les informations recueillies permettent de dresser un tableau suffisamment complet de la situation des trois populations considérées.**
 - Les experts consultés possèdent une bonne connaissance des conditions d'existence de ces trois populations, de leurs particularités et de leur vulnérabilité par rapport au VIH. Ils ne sont toutefois pas toujours capables de fournir des informations issues de données récoltées de manière systématique et fondées sur une investigation approfondie des comportements sexuels de leurs patients.
 - Les informations récoltées montrent que la situation se caractérise par sa fluidité. Des modifications interviennent sans cesse au sein des populations observées : augmentation rapide de l'effectif des Subsahariens, profil changeant des demandeurs d'asile provenant de cette région et impact des décisions politiques sur leurs conditions d'existence ; arrivée de nouvelles nationalités parmi les clandestins ; arrivée en âge de maturité sexuelle des migrants de deuxième génération, mariages entre migrants établis en Suisse et personnes vivant encore au pays chez les ressortissants balkaniques.
 - **Quelques lacunes subsistent** en ce qui concerne le groupe des migrants sans statut légal. Hormis la remarque générale évoquée plus haut (bonne connaissance de la situation surtout en ce qui concerne la population prise dans son ensemble) – qui s'applique ici aussi – ces lacunes concernent certains groupes nationaux numériquement peu importants qui n'entrent pratiquement pas en contact avec les structures de prise en charge. Les experts en connaissent l'existence mais ont peu à dire sur les risques spécifiques auxquels ces groupes sont exposés.
 - Les **migrants d'origine subsaharienne** sont perçus comme un groupe particulièrement vulnérable. En dépit de sa grande hétérogénéité (langue, statut en regard de la législation sur l'immigration, prévalence du VIH dans le pays d'origine), ce groupe est décrit comme homogène en matière de risques pris dans le cadre des relations sexuelles. Les relations entre genres caractérisées par la subordination de la femme jouent à cet égard un rôle important. Les conditions de vie particulièrement précaires d'une partie des migrants subsahariens ainsi que les conséquences de cette précarité sur la capacité de prévenir les infections à VIH sont également mises en évidence. Les segments les plus vulnérables de cette population sont les demandeurs d'asile (en cours de procédure ou déboutés), les clandestins, les mineurs non accompagnés et les personnes qui se prostituent. Les conditions imposées aux demandeurs d'asile déboutés (interdiction de travail, réduction de l'aide sociale) pourraient les précariser encore plus et rendre plus incertaine l'adoption de comportements de protection.
 - La population des **migrants sans statut légal** peut être schématiquement divisée en un groupe majoritaire (Latino-américains) – bien connu des experts – et des groupes nationaux numériquement peu importants mais préoccupants sous l'angle de la prévention du VIH car très précarisés et peu en contact avec les structures de prise en charge. L'existence de comportements à risque parmi les clandestins fait l'objet d'un large consensus. Ces comportements sont notamment attribués à la précarité multiforme qui caractérise cette population, aux rapports entre les genres (subordination de la femme à l'homme dans la culture latino-américaine), à la prostitution et à l'injection de stupéfiants pour quelques segments minoritaires.
 - Les **migrants originaires des pays balkaniques** sont peu touchés par l'épidémie de VIH/sida mais leur vulnérabilité pourrait augmenter avec la maturité sexuelle des jeunes de deuxième et de troisième générations. Cette population comprend quelques segments plus problématiques. C'est en particulier le cas des jeunes générations qui grandissent entre deux systèmes de valeurs ainsi que des albanophones dont les valeurs et coutumes pourraient faire obstacle à une protection efficace

contre le VIH. Les relations entre genres (subordination des femmes), le silence autour du thème de la sexualité (dans le couple et dans le cadre familial) ainsi que la discrimination des personnes séropositives (voire de toute leur famille) constituent autant de problèmes à aborder en vue d'améliorer la capacité de faire face aux enjeux de l'épidémie.

- **Les informations récoltées confirment l'existence de problèmes en relation avec le VIH/sida dans les populations étudiées. Ces problèmes sont particulièrement importants en ce qui concerne les migrants originaires d'Afrique subsaharienne et les migrants en situation irrégulière. Ils sont moins aigus en ce qui concerne les migrants originaires des pays balkaniques. On peut estimer que l'on en sait suffisamment pour agir :**

- **Au niveau 1 de la prévention**

A ce jour, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne n'ont pas été représentées, dans les campagnes destinées à la population générale, comme faisant elles-mêmes partie de cette population. Cette lacune devrait être comblée en faisant aussi figurer, par exemple sur les affiches, etc. des personnes de leur communauté parmi des personnes d'origine européenne. Cela permettrait aux migrants subsahariens de s'identifier à la population générale – de ne pas se percevoir comme un groupe particulier (stigmatisé) – et de s'approprier les messages de prévention.

- **Au niveau 2 de la prévention**

Migrants subsahariens :

Des actions spécifiques devraient être initiées, consolidées et développées. Les experts ont toutefois mis l'accent sur l'accès relativement malaisé de la communauté subsaharienne et sur le fait que les associations qui se créent leur sont mal connues. L'éclatement et la diversité de la communauté subsaharienne ainsi que le caractère souvent fugace des associations impliquent un effort constant de repérage et de coordination. La mise sur pied d'un programme devrait être précédée d'un mapping des populations et des lieux d'accès à ces populations. Le principe de la coordination doit être intégré dans les mandats d'intervention afin d'éviter que tous les intervenants se concentrent sur les publics les plus facilement accessibles. Une évaluation est nécessaire pour connaître l'étendue de la couverture et les lacunes (en termes de populations non approchées).

Des préservatifs devraient être mis à la libre disposition des personnes vivant avec des ressources extrêmement modestes dans les lieux de rencontre ou de passage (par exemple consultations médicales ou lieux d'hébergement pour demandeurs d'asile).

Migrants sans statut légal :

Des préservatifs devraient également être mis à leur libre disposition dans les lieux où ils ont l'habitude de passer (structures d'aide à bas seuil d'accès par exemple).

Migrants originaires des pays balkaniques :

Des lacunes ont été mises en évidence dans le dialogue parents/enfants en matière d'éducation sexuelle. Ce constat appelle un renforcement des compétences des mères de famille (à qui revient souvent cette dimension de l'éducation) qui passe par la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

- **Au niveau 3 de la prévention :**

Tous les groupes étudiés sont concernés. Dans ce contexte, il s'agira en priorité de renforcer la capacité des intervenants – et plus généralement de toute personne appelée à travailler avec des migrants – de parler de sexualité. Dans cette perspective, les intervenants devraient se familiariser avec ce type d'intervention (formation) et être encouragés à les mettre en œuvre dans leur pratique professionnelle (promotion).

Ce niveau de prévention (conseil personnalisé) implique une qualité de dialogue que seule l'intervention d'interprètes permet parfois d'atteindre. Les mesures à prendre concernent la formation de ces intervenants et leur mise à disposition (prise en charge des coûts).

- **La méthode choisie (panel) est satisfaisante mais pas suffisante dans le cadre d'un dispositif de surveillance de deuxième génération.** Les panels ont notamment permis d'établir l'existence de problèmes et d'identifier des segments de population particulièrement vulnérables. La méthode possède l'avantage de s'adapter facilement à l'évolution de la situation (addition ou retranchement de participants). Toutefois, la méthode du panel n'a pas permis de déterminer le niveau des problèmes. Il convient de l'améliorer de manière à ce que les experts puissent mieux assumer le rôle qui leur est dévolu.

Des mesures sont possibles à deux niveaux :

□ *A l'échelon institutionnel*

Des données récoltées de manière systématique au sujet de certaines dimensions du problème manquent. Les experts fournissent des informations trop générales, suffisantes pour établir l'existence d'un problème mais incomplètes dès lors qu'il s'agit d'en évaluer exactement la nature, l'acuité ou l'étendue. Cette lacune pourrait être comblée en organisant la collecte de quelques informations cliniques ou comportementales, sans omettre de mentionner la provenance géographique et le statut (pour les clandestins) des personnes concernées.

□ *A l'échelon individuel*

Récolter des informations en matière de comportement sexuel et de méthodes de protection contre les infections sexuellement transmissibles implique que les experts abordent avec compétence et systématiquement le thème de la sexualité. Les experts seront sensibilisés à cet impératif en vue de la répétition du panel en 2007.

CONSEQUENCES DE CES CONSTATS POUR LES DIFFERENTES POPULATIONS

Migrants subsahariens

- Les informations à disposition sont suffisantes pour agir.
- Le système de surveillance mis en œuvre peut être maintenu mais il doit être amélioré à l'échelon institutionnel ainsi qu'à l'échelon individuel. Les experts y seront sensibilisés.
- Le panel sera reconduit en 2007.

Faut-il procéder à des études de populations ? Pas à ce stade. Il faut toutefois réfléchir à la **réalisation de petites enquêtes « sentinelles »** dans des structures constituant des points de passage pour les populations subsahariennes (par ex. des polycliniques gynéco-obstétriques). Des moyens spécifiques devraient être alloués.

Migrants sans statut légal

- Les informations à disposition sont suffisantes pour agir.
- La surveillance biologique pourra donner quelques indications (bien que le statut ne soit pas indiqué) et la surveillance comportementale peut être abandonnée.
- La configuration de cette population varie fortement d'une région (ville) à l'autre. Les problèmes doivent être traités à l'échelon local. La méthode des panels devrait être reprise à l'échelon des cantons (à travers les antennes locales de l'ASS) pour détecter les problèmes émergents dans ces populations.

Migrants originaires des pays balkaniques

- Les informations à disposition sont suffisantes pour agir.
- La surveillance biologique est suffisante pour évaluer ce qui se passe à l'échelon de cette population.
- Les problèmes essentiels se situant à l'échelon de la 2^{ème} et de la 3^{ème} génération de migrants, le passage par l'enseignement officiel permettra aux jeunes migrants de se familiariser avec la thématique VIH/sida et sa prévention. Par ailleurs, cette population pourra être suivie dans les études périodiques en population générale.

BIBLIOGRAPHIE POUR LES CHAPITRES 1-4

- 1 ONUSIDA/OMS Groupe de travail sur la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST. Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH. Genève: WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5.UNAIDS/00.03F; 2006.
- 2 Jeannin A, Dubois-Arber F. Scenarii pour un système de suivi à long terme de la stratégie de lutte contre VIH/sida en Suisse: étude 8 de l'évaluation globale VIH/sida 1999 -2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2004.
- 3 Migration et santé: stratégie de la Confédération pour les années 2002 à 2006 (stratégie élaborée par l'Office fédéral de la santé publique, en collaboration avec l'Office fédéral des réfugiés, l'Office fédéral des étrangers et la Commission fédérale des étrangers). Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP); 2001. Available at URL: http://www.unine.ch/fsm/presse/migration_bag_f.pdf.
- 4 Zuppinger B, Kopp C, Wicker HR. Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne; 2000.
- 5 Longchamp C, Aebersold C, Rousselot B, Ratelband-Pally S. Sans-papiers en Suisse : c'est le marché de l'emploi qui est déterminant, non pas la politique d'asile; rapport final sur mandat de l'Office fédéral des migrations. Berne: gfs.bern; 2005.
- 6 Valli M. Les migrants sans permis de séjour à Lausanne. Lausanne: Direction de la sécurité sociale et de l'environnement, Ville de Lausanne; 2003.
- 7 Bodiang Kesser C, Okullo J. La prévention du VIH pour les migrant(e)s d'origine africaine: un défi pour la politique de santé en Suisse. Infothek 2002;3:4-9.
- 8 ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale de sida: 4ème rapport mondial. Genève: Onusida; 2004.
- 9 Le point sur l'épidémie de sida: décembre 2004. Genève: ONUSIDA/OMS; 2004.
- 10 Asamoah-Odei E, Garcia Calleja JM, Boerma JT. HIV prevalence and trends in sub-Saharan Africa: no decline and large subregional differences. Lancet 2004;364(9428):35-40. Available at: URL: [PM:15234854](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15234854/).
- 11 HIV/Aids: not one epidemic but many [Editorial]. Lancet 2004;364:1-2.
- 12 Buve A, Carael M, Hayes RJ, Auvert B, Ferry B, Robinson NJ, et al. The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: summary and conclusions. AIDS 2001;15 Suppl 4:S127-S131. Available at: URL: [PM:11686461](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11686461/).
- 13 Ndubani P, Hojer B. Sexual behaviour and sexually transmitted diseases among young men in Zambia. Health Policy Plan 2001;16(1):107-12. Available at: URL: [PM:11238437](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11238437/).
- 14 del Amo J, Broring G, Hamers FF, Infuso A, Fenton K. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. AIDS 2004;18(14):1867-73. Available at: URL: [PM:15353972](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15353972/).
- 15 Lert F. Migrants et VIH: état des lieux de l'épidémie VIH chez les migrants en Europe. Transcriptase 2004;114. Available at: URL: <http://www.pistes.fr/transcriptases/114.htm>.
- 16 Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? Lancet 2004;364(9428):83-94. Available at: URL: [PM:15234861](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15234861/).
- 17 Kesby M, Fenton K, Boyle P, Power R. An agenda for future research on HIV and sexual behaviour among African migrant communities in the UK. Soc Sci Med 2003;57(9):1573-92. Available at: URL: [PM:12948568](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12948568/).

- 18 Burns FM, Fakoya AO, Copas AJ, French PD. Africans in London continue to present with advanced HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2001;15(18):2453-5. Available at: URL: PM:11774832.
- 19 Manfredi R. Infezione da HIV e marginalità: epidemiologia e trattamento antiretrovirale in soggetti immigrati in Italia da paesi extraeuropei. Bologna: Dipartimento di Medicina Clinica Specialistica e Sperimentale, Sezione di Malattie Infettive; 2003. Available at URL: <http://www.portaledibioetica.it>.
- 20 Semaille C, Alix J, Downs AM, Hamers FF. L'infection à VIH en Europe: une importante disparité d'Ouest en Est. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2002;47:237-40.
- 21 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.
- 22 Fenton KA, Chinouya M, Davidson O, Copas A. HIV transmission risk among sub-Saharan Africans in London travelling to their countries of origin. *AIDS* 2001;15(11):1442-5. Available at: URL: PM:11504969.
- 23 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Epidémiologie du VIH en Suisse : depuis 2002 les tests VIH positifs demeurent à un niveau élevé. *Bulletin* 2004;(49):916-22.
- 24 Tonwe-Gold B, Hirschel B, Roulin D, Haour-Knipe M, Rickenbach M. Les femmes africaines séropositives vivant en Suisse: caractéristiques, survie et besoins en matière de soutien social. 2002. Available at URL: <http://www.aidsnet.ch/>.
- 25 Lagarde E, Schim van der LM, Enel C, Holmgren B, Dray-Spira R, Pison G, et al. Mobility and the spread of human immunodeficiency virus into rural areas of West Africa. *Int J Epidemiol* 2003;32(5):744-52. Available at: URL: PM:14559743.
- 26 Stillwaggon E. Racial metaphors: interpreting sex and Aids in Africa. *Development and Change* 2003;34(5):809-32.
- 27 Liddell C, Barrett L, Bydowell M. Indigenous representations of illness and AIDS in Sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 2005;60(4):691-700. Available at: URL: PM:15571888.
- 28 Shefer T, Strebel A, Wilson T, Shabalala N, Simbayi L, Ratele K, Potgieter C, Andipatin M. The social construction of sexually transmitted infections (STIs) in South African communities. *Qual Health Res* 2002;12(10):1373-90. Available at: URL: PM:12474909.
- 29 Desmond N, Allen CF, Clift S, Justine B, Mzugu J, Plummer ML, Watson-Jones D, Ross DA. A typology of groups at risk of HIV/STI in a gold mining town in north-western Tanzania. *Soc Sci Med* 2005;60(8):1739-49. Available at: URL: PM:15686806.
- 30 UNAIDS and IOM. Migration and aids. *International Migration*. Oxford OX4 1JF: Blackwell Publishers Ltd.; 1998; 36.(4). 445-468.
- 31 Maphosa F. Labour migration and HIV/AIDS: the case of Mangwe District in Southern Zimbabwe. Harare: University of Zimbabwe; 2004.
- 32 Halperin DT, Epstein H. Concurrent sexual partnerships help to explain Africa's high HIV prevalence: implications for prevention. *Lancet* 2004;364(9428):4-6. Available at: URL: PM:15234834.
- 33 Lowndes CM, Alary M, Gnintoungbe CA, Bedard E, Mukenge L, Geraldo N, et al. Management of sexually transmitted diseases and HIV prevention in men at high risk: targeting clients and non-paying sexual partners of female sex workers in Benin. *AIDS* 2000;14(16):2523-34. Available at: URL: PM:11101064.
- 34 Desmond N, Allen CF, Clift S, Justine B, Mzugu J, Plummer ML, Watson-Jones D, Ross DA. A typology of groups at risk of HIV/STI in a gold mining town in north-western Tanzania. *Soc Sci Med* 2005;60(8):1739-49. Available at: URL: PM:15686806.

- 35 Hawken MP, Melis RD, Ngombo DT, Mandaliya K, Ng'ang'a LW, Price J, Dallabetta G, Temmerman M. Part time female sex workers in a suburban community in Kenya: a vulnerable hidden population. *Sex Transm Infect* 2002;78(4):271-3. Available at: URL: PM:12181465.
- 36 Painter TM. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 2001;53(11):1397-411. Available at: URL: PM:11710416.
- 37 Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Carael M, Chandiwana SK, Anderson RM. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe. *Lancet* 2002;359(9321):1896-903. Available at: URL: PM:12057552.
- 38 Clark S. Early marriage and HIV risks in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann* 2004;35(3):149-60. Available at: URL: PM:15511059.
- 39 Femmes migrantes et VIH/sida dans le monde: une approche anthropologique [Actes de la table ronde organisée le 20 novembre 2004 à l'UNESCO, Paris]. Paris: UNESCO; 2005. (Etudes et rapports, série spéciale, n° 22). Available at: URL:<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001400/140007f.pdf>.
- 40 Mollet Sangaré S. Vivre avec le sida au Mali: entre tolérance et discrimination. In: Info Novembre 2002: thème sida. Bâle: International association for maternal and neonatal health (IAMANEH Suisse); 2002. p. 16-19.
- 41 Campbell C. Migrancy, masculine identities and AIDS: the psychosocial context of HIV transmission on the South African gold mines. *Soc Sci Med* 1997;45(2):273-81. Available at: URL: PM:9225414.
- 42 Nwokoji UA, Ajuwon AJ. Knowledge of AIDS and HIV risk-related sexual behavior among Nigerian naval personnel. *BMC Public Health* 2004;4(1):24. Available at: URL: PM:15210055.
- 43 Hartwig KA, Eng E, Daniel M, Ricketts T, Quinn SC. AIDS and "shared sovereignty" in Tanzania from 1987 to 2000: a case study. *Soc Sci Med* 2005;60(7):1613-24. Available at: URL: PM:15652692.
- 44 Streefland P. Public health care under pressure in sub-Saharan Africa. *Health Policy* 2005;71(3):375-82. Available at: URL: PM:15694503.
- 45 Kessler Bodiang C. HIV-Prävention bei afrikanischen Migrantinnen und Migranten: Eine Herausforderung für die schweizerische Gesundheitspolitik. *AIDS Infothek* 2002;3. Available at: URL: <http://www.aidsnet.ch/>.
- 46 Fassin D. Santé et immigration, un objet politique à reconstruire. *Forum Suisse pour l'Etude des Migrations et de la Population* 2004;3:12-20. Available at: URL: http://www.migration-population.ch/fileadmin/sfm/publications/f/03_forum.pdf.
- 47 Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS). Enquête ANRS-VESPA: premiers résultats. ANRS; 2004. (Actualité en santé publique).
- 48 Weatherburn P, Ssanyu-Sseruma W, Hickson F, McLean S, Reid D. Sigma Research, editor. Project Nasah: an investigation into the HIV treatment information and other needs of African people with HIV resident in England. London: Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Portsmouth; 2003. Available at URL: <http://www.sigmaresearch.org.uk/reports.html>.
- 49 Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA. Paris: ANRS; 2004.
- 50 Migrants et VIH: dossier documentaire et bibliographique. Centre régional d'information et de prévention du sida (CRIPS); 2005. Available at URL: <http://www.lecrips.net/webpaca/Publications/migrantsetvih/migrantsetvih.htm>.
- 51 Ndofor-Tah C, Hickson F, Weatherburn P, Amamoo NA, Majekodunmi Y, Reid D, et al. Sigma Research, editor. Capital assets: a community research intervention by The African Forum in Redbridge and Waltham Forest (London). London: Faculty of Humanities and Social Sciences; 2000. Available at URL: <http://www.sigmaresearch.org.uk/reports.html>.

- 52 Elam G, Fenton KA. Researching sensitive issues and ethnicity: lessons from sexual health. *Ethn Health* 2003;8(1):15-27. Available at: URL: PM:12893582.
- 53 Balthasar H, Spencer B. Interruptions de grossesse dans le canton de Vaud en 2003. Lausanne Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de Santé, 106).
- 54 Dubois-Arber F, Jeannin A, Meystre-Agustoni G, Spencer B, Moreau-Gruet F, Balthasar H, et al. Evaluation de la stratégie de prévention du VIH/sida en Suisse: septième rapport de synthèse 1999-2003. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2003. (Raisons de santé, 90a). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.
- 55 Heiniger M, Haug W. Statistics on foreign population in Switzerland. In: Delaunay D, Tapinos G, editors. *La mesure de la migration clandestine en Europe (Volume 2: rapport des experts)*. Luxembourg: Office des publications officielles des communautés européennes; 1998. p. 151-5. (eurostat 3/1998/E/n° 7).
- 56 Efiionayi-Mäder D, Cattacin S. Illegal in der Schweiz: Eine Übersicht zum Wissensstand (Kurzbericht zuhanden der Staatspolitischen Kommission des Nationalrats). Neuchâtel: Schweizerisches Forum für Migrationsstunden; 2001. (Discussion paper 9/2001).
- 57 Piguet E, Cattacin S. Effectif des personnes sans autorisation de séjour en Suisse. Neuchâtel: Forum suisse pour l'études des migrations; 2001. (Communiqué de presse).
- 58 Piguet E, Losa S. Travailleurs de l'ombre? Demande de main d'oeuvre du domaine de l'asile et ampleur de l'emploi d'étrangers non déclarés en Suisse. Zurich: Seismo; 2002.
- 59 Hamers FF, Downs AM. HIV in central and eastern Europe. *Lancet* 2003;361(9362):1035-44. Available at: URL: PM:12660072.
- 60 Bodenmann P, Depallens Villanueva S, Schoch M, Puelma M-J, Pécoud A, Gehri M. Etre malade et "sans-papiers" à Lausanne: quo vadis? *Med Hyg (Geneve)* 2003;61(2455):2023-8. Available at: URL: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23313>.
- 61 Wolff H, Stalder H, Epiney M, Walder A, Irion O, Morabia A. Health care and illegality: a survey of undocumented pregnant immigrants in Geneva. *Soc Sci Med* 2005;60(9):2149-54. Available at: URL: PM:15743662.
- 62 Meystre-Agustoni G. Nouveaux usagers de l'espace d'accueil et d'injection "Quai 9" à Genève: données 2004. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; 2005. (Raisons de santé, 118). Available at URL: <http://www.iumsp.ch/>.

7 ANNEXES

7.1 ABREVIATIONS

Abréviation	
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CSI	Centre de santé infirmier
HUG	Hôpital universitaire genevois
IST	Infection sexuellement transmissible
NEM	Demandeurs d'asile avec décision exécutoire de non entrée en matière
ODM	Office des migrations
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PMU	Policlinique médicale universitaire de Lausanne
UMSCO	Unité mobile de soins communautaires à Genève

7.2 LISTES DES EXPERTS EN SUISSE ROMANDE

Liste des experts du panel romand 'Migrants subsahariens et migrants sans statut légal'

Mme Anne Ansermet-Pagot	responsable de 'Fleur de Pavé' - Lausanne
Dr Patrick Bodenmann	responsable de l'Unité Populations vulnérables – PMU Lausanne
Dr Mathias Cavassini	médecin à la Consultation sida – CHUV Lausanne
Dr Sophie Durieux	médecin au Centre Migration et Santé – HUG à Genève
Dr Anne Meynard	médecin à 'Santé Jeunesse' – HUG à Genève
Mme Angelika Greuter Bokanga	infirmière-responsable CSI – PMU Lausanne
Mme Chantal N'Garambé Buffat	infirmière au Centre de tests VIH anonymes à Lausanne et médiatrice culturelle du projet Afrimédia
Dr Adeline Quach	gynécologue au Planning familial Profa à Lausanne
Dr Saira Renteria	médecin à la policlinique gynécologique du CHUV à Lausanne
Mme Dominique Roulin	pasteur au ministère sida à Genève
Mme Lucy Serena	responsable de ASFAG à Genève
Mme Anne-Lise Tombez	conseillère au planning familial Profa à Renens
M. Lay Tshiala	ethnologue, médiateur culturel du projet Afrimedia
Dr Hans Wolff	responsable de l'Unité mobile de soins communautaires – HUG à Genève

Liste des experts interviewés en Suisse romande dans la phase exploratoire

M. Amin Abdul-Jabar	infirmier au CHUV à Lausanne
Mme Anne Ansermet-Pagot	responsable de 'Fleur de Pavé' - Lausanne
Mme Iren Bischofberger	chercheur (population subsaharienne) – Bâle

Dr Angela Bertoli	gynécologue à Genève
Dr Patrick Bodenmann	Unité populations vulnérables – PMU Lausanne
Dr Caroline Borel	planning familial Profa à Renens
Mme Madeleine Bovini	Fri-Santé à Fribourg
Mme Carbajal	planning familial Profa à Lausanne
Dr Mathias Cavassini	Maladies infectieuses Consultation sida – CHUV Lausanne
Mme Nadia Crivelli	Groupe Sida Genève à Genève
Mme Jacqueline Delieutraz	Maternité – HUG à Genève
Mme Maria Demierre	planning familial du CHUV à Lausanne
Dr Sophie Durieux	Centre Santé Migrants – HUG à Genève
Mme Elisabeth Mouton	Médecine communautaire – ICO à Genève
Dr Stephane Gerber	Gynéco-obstétrique au CHUV à Lausanne
M. Jacques Goin	Centre de santé infirmier (CSI) à Yverdon
Mme Maya Grossenbacher	
Mme Pascale Delafont	
Mme Angelika Greuter Bokanga	CIS – PMU Lausanne
M. François Fleury	Appartenances à Lausanne
Mme Dorette Fert-Bek	CIFERN au HUG à Genève
Mme Céline Hascoet	Centre de santé migrants à Lausanne
Mme Isabelle Bron-Sangra	Point d'Eau à Lausanne
Mme Danielle Kohler	Point d'Eau à Lausanne
Mme Masseri	Appartenances à Lausanne
Mme Françoise Méan	Planning familial Profa à Lausanne
Mme Edith Mériaux	UMSCO à Genève
Mme Gisèle Meylan	Fleur de Pavé à Lausanne
Dr Anne Meynard	Santé Jeunes au HUG à Genève
Mme Chantal N'Garambé Buffat	Centre de tests VIH anonymes à Lausanne et médiatrice culturelle du projet Afrimédia
Mme Brigitte Pralong	Groupe Sida Genève à Genève
Dr Adeline Quach	Planning familial Profa à Lausanne
Dr Saira Renteria	Policlinique gynécologique du CHUV à Lausanne
Mme Dominique Roulin	Ministère sida à Genève
Mme Catherine Rouvenaz	Fri-santé à Fribourg
Mme Kokoe Josephine Sanvee	Afrimedia à Genève
Mme Marianne Schweizer	Aspasia à Genève
M. Sebastiaou	Espace d'hébergement NEM à Lausanne
Dr Martin Sigam	Médecin du réseau RAS et médecin interniste à Genève
Mme Anne-Lise Tombez	Planning familial Profa à Renens
Dr Letizia Toscani	Réseau de soins requérants d'asile au HUG à Genève
M. Noël Tshibangu	Afrimedia à Berne
Mme Monique Vogler	Centre Migration et santé à Genève (<i>avec Sophie Durieux</i>)
Dr Marc Walter	Appartenances à Lausanne

Mme Madeleine Wick	Projet Imaneh à Bâle
Dr Hans Wolff	Unité Mobile Soins Communautaires – HUG à Genève

7.3 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AHbB	Aids- Hilfe beider Basel
AHBe	Aids- Hilfe Bern
AHSGA	Aids Hilfe St. Gallen
BFM	Bundesamt für Migration
GUM	Gesundheit und Migration, Aids-Präventionsprojekt für fremdsprachige Menschen
IAMANEH	International Association for Maternal and Neonatal Health
IUMSP	Institut für Sozial- und Präventivmedizin Lausanne
LINK Institut Luzern	Institut für Kundenbefragungen
MSM	Men having Sex with Men
MUSUB	Multikulturelle Suchtberatungsstelle Basel
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
BAG	Schweizerisches Bundesamt für Gesundheit
STI	Sexuell übertragbare Infektionen
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
UNAIDS	The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UEPP	Swiss Unit for the Evaluation of Prevention Programmes
VAIS	Verein albanischer Intellektueller in der Schweiz
WIAD	Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands
ZAH	Zürcher Aids-Hilfe

7.4 BEFRAGTE EXPERTINNEN UND EXPERTEN , KANTON BS/BL

*Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Pannel vom 14.3.05,
in alphabetischer Reihenfolge (in Klammer sind die Herkunft angegeben, wo relevant)*

Herr B. Abazi	Arzt, Externer Psychiatrischer Dienst Liestal (<i>Albanien</i>)
Frau R. Basic	K5 Kurszentrum für Menschen aus fünf Kontinenten (<i>Bosnien</i>)
Frau A. Bryner	Migration/Integration, Polizei- und Militärdepartement des Kantons Basel-Stadt
Herr X. Hasani	Arzt, wohnhaft im Kanton Schaffhausen. (Er wurde dank seiner fundierten Kenntnisse der Zielgruppe in Bezug auf das Gesundheitswesen, welche von mehreren Seiten innerhalb der telefonischen Befragung betont wurde, an das Experten-Pannel BS/BL eingeladen.) (<i>Kosova</i>)
Herr J. Izakovic	Arzt, Dermatologische Poliklinik Universitätsspital Basel-Stadt
Frau D. Nicca	HIV-Sprechstunde Universitätsspital Basel, Institut für Pflegewissenschaft der Universität Basel

Herr R. Nüesch	Arzt, Medizinische Poliklinik Universitätsspital Basel-Stadt
Herr N. Pavic	Arzt, Gynäkologe Basel (<i>Eltern aus Serbien</i>)
Frau M. Püntener	Multikulturelle Suchtberatungsstelle Basel MUSUB (<i>Kosova</i>)
Frau C. Rahm	Aids-Hilfe beider Basel AHBB
Frau S. Schuster	Ärztin, Universitätsfrauenhospital Basel-Stadt
Frau E. Towlson	Leiterin UNION Kultur- und Begegnungszentrum Basel
Herr H.-P. von Aarburg	Ethnologisches Seminar der Universität Basel
Frau A. Witschi	Kantonsärztin Basel-Stadt
Frau Z. Zeqiri	Mediatorin, Aids-Hilfe beider Basel AHbB, Ausländerberatung der Gesellschaft für das Gute und Gemeinnützige GGG, Hilfswerke der evangelischen Kirchen Basel HEKS (<i>Kosova</i>)

Eine Teilnahme am Pannel war nicht möglich

Herr O. Besic	Schweizerisches Rotes Kreuz in Bern, ehemals Aids-Hilfe beider Basel (<i>Bosnien</i>)
Herr H. Grabovci	von 1998-2002 bei der Aids-Hilfe beider Basel als Mediator im Bereich Gesundheit und Migration, seit 2003 Leitung eines Projektes für Jugendliche (vor allem vom Balkan) u.a. zur HIV/Aids-Prävention (<i>Kosova</i>)
Herr A. Kurtani	Arzt, ehemals Präventionsbeauftragter für albanisch sprechende Menschen in der Schweiz innerhalb des BAG-Projekts ‚Migration und Gesundheit‘ (<i>Kosova</i>)
Frau Rothen	Ärztin, HIV-Sprechstunde, Kantonsspital Bruderholz
Frau M. Scherer	Aids-Beratung, Universitätsspital Basel
Herr P. Widmer	Aids-Hilfe St. Gallen und Appenzell, Leiter der AHSGA-Studie ‚Integro‘

Telefonische Befragung

Herr Besic	Schweizerisches Rotes Kreuz in Bern, ehemals Aids-Hilfe beider Basel
Herr Brandstetter	Kantonale Aidshilfe Schwyz
Herr Brunner	CARITAS : Gesundheit und Migration
Frau Camenzind	Aids-Hilfe Schweiz, ApiS
Frau Chimienti	Swiss Forum for Migration and Population studies
Herr Grabovci	VISION, ehemals Mediator AHbB
Frau Gregori	Aids-Hilfe Schweiz, Migration
Herr Lupp	GGG Integration Basel-Stadt
Herr Petermann	DropIn Basel-Stadt
Frau Rothen	Ärztin. HIV-Sprechstunde, Kantonsspital Bruderholz
Frau Ruzbije	FABIA Luzern, früher Präventionsarbeit im Auftrag der Caritas für Asyl-suchende aus dem ehemaligen Jugoslawien
Frau Scherer	Aids-Beratung, Universitätsspital Basel
Frau Vogelsang	Aids-Hilfe Zürich, MediatHIV
Herr Zech	Arzt, Kantonsspital Liestal

Schriftliche Befragung

Herr Feineis	Arzt, Drogenberatungsstelle BL
Herr Friedli	Bundesamt für Migration ; demographische Daten
Frau Gall Azmat	Bundesamt für Gesundheit, Leiterin der WIAD-Studie
Herr Gebhardt	Bundesamt für Gesundheit ; epidemiologische Daten
Frau Hanselmann	Bundesamt für Gesundheit, ‚MIGES‘
Herr Schmutz	Bundesamt für Migration ; demographische Daten
Herr Widmer	Aids-Hilfe St. Gallen und Appenzell, Leiter der AHSGA-Studie ‚Integro‘
Frau Sybille Vogt	Aids Hilfe Bern

7.5 REFERENZLISTE DER LITERATURRECHERCHE

7.5.1 International

Publikation

Akbal S. Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In : David M, Borde T, Kentenisch H (Hrsg.). Migration und Gesundheit. Frankfurt am Main ; Mabuse-Verlag 2001, S. 115-20.

Axmann A. Eastern Europe and Community of Independent States. In : IOM (Hrsg.). International Migration. Oxford/Malden 1998:36(4), S. 587-603.

Dubois-Arber A. et al. Evaluation der HIV/Aids-Präventionsstrategie in der Schweiz. In : IUMSP Unit (Hrsg.). Kurzfassung des siebten Syntheseberichts 1999-2003. 2003, S. 1-77.

Efionayi-Mäder D. et al. Evaluation des Gesamtprogrammes ‚Migration und Gesundheit‘ des Bundesamtes für Gesundheit. In : Schweizer Forum für Migrationsstudien (Hrsg.). Forschungsbericht 17/2001. S. 1-131.

Gordon P, Crehan K. Mourir de tristesse : Sexospécificité, violence sexuelle et épidémie du VIH. In : UNDP (Hrsg.). Programme VIH et développement. 1997, S. 1-14.

Hamers FF, Downs AM HIV in central and eastern Europe. In : The Lancet 2003:361, S. 1035-43.

Long I.D. Anthropological perspectives on the trafficking of women for sexual exploitation. In : International Migration 2004:42(1). S. 5-31.

Roth B. Migration und HIV/Aids 2004.

Executive Summary

Begovac J, Lepej SZ, Kniewald T, Lisic M. Biological, epidemiological and clinical basis of understanding human immunodeficiency virus infection [Review]. In : Collegium Antropologicum 2001:25(1), S. 111-26.

Bijelic N, Raspolic T, Zerjavic J. Love Me, Thrill Me, Kiss Me, Cheat Me : The Meaning of Monogamy and Sexual Behavior of Students. [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Revija Za Psihologiju Jul-Dec 1997:28;3-4. S. 229-37.

Bukovec N, Jurkovic I, Kuruc I, Perovic S. The relationship between cultural characteristics and the choice of contraceptive means. [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Revija Za Psihologiju Jul-Dec. 1997:28;3-4. S. 239-46.

- Burazeri G. et al. Knowledge and attitude of undergraduate students towards sexually transmitted infections in Tirana, Albania. In : Croatian Medical Journal 2003:44(1). S. 86-91.
- Burazeri G. et al. Sexual practices of undergraduate students in Tirana, Albania. In : Croatian Medical Journal 2003:44(1). S. 80-5.
- Dzelectovic A, Matovic-Miljanovic S. Yugoslavia-Migration. In : Entre Nous 1999:(45). S. 9.
- Golusin Z. et al. Occurrence of sexually transmitted diseases in Vojvodina during the last 20 years. In : Medicinski Pregled 2001:54(11-12). S. 543-46.
- Hasecic H. et al. [Use of methadone therapy at the Institute for Alcoholism and Drug addiction in the Canton of Sarajevo] [Bosnian]. In : Medicinski Archiv 2003:57(5-6 Suppl 1). S. 29-32.
- Hirsl-Hecej V, Stulhofer A. Urban adolescents and sexual risk taking. In : Collegium Antropologicum. June 2001:25;1. S. 195-212.
- IOM HIV/AIDS counselling for refugees from Kosovo (1999).
- Milas G, Rihtar S. The structure of social attitudes in Croatia [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Drustvena Istrazivanja Nov-Dec. 1998:7;6(38). S. 885-905.
- Newell A. et al. Sexually transmitted diseases, cervical cytology and contraception in immigrants and refugees from the former Yugoslavia. In : Venereology - The Interdisciplinary Journal of Sexual Health 1998:11(1). S. 25-7.
- Olujic MB. Embodiment of terror : gendered violence in peacetime and wartime in Croatia and Bosnia-Herzegovina. In : Medical Anthropology Quarterly 1998:12(1). S. 31-50.
- Oreskovic S, Begovac J, Skoko-Poljak D. The privacy law and information sharing on HIV-positive persons. [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Socijalna Ekologija Jan-June 1998:7;1-2. S. 17-33.
- Pavicic D. et al. Youth and AIDS – a study of attitudes, knowledge, behavior and risks in the post-war Croatia. In : Collegium Antropologicum 2003:27(1). S. 161-72.
- Potonik M. et al. Syphilis in Slovenia – on the threshold of the European Union. In : International Journal of STD&AIDS 2000:11(12). S. 795-7.
- Pyle GF. et al. Hepatitis B and HIV/Aids in Zagreb : a district level analysis. In : European Journal of Epidemiology 2000:16(10). S. 927-36.
- Rexha E, Kekezi I. Albanian youth towards its Westernization. In : International Sociological Association 1998 [keine weiteren Angaben].
- Savin K, Korac V. Sexual behavior and risk of AIDS among young people in Belgrade. First investigative results [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Socioloski Pregled Jan-Mar. 1997:31;1. S. 193-204.
- Savin K. Stigmatization of HIV-positive drug addicts within the medical system [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Socioloski Pregled Apr-June 1996:30;2. S. 193-204.
- Selak S. et al. What do young people from Mostar, Bosnia and Herzegovina know about contraception and sexual health? In : Croatian Medical Journal 2004:45(1). S. 44-9.
- Seme K. Low prevalence of hepatitis C virus infection among human immunodeficiency virus type 1-infected individuals from Slovenia and Croatia. In : Acta Virologica 2002:46(2). S. 91-4.
- Stankov S. Attitudes of physicians in the process of social reaction to AIDS [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Sociologija Jan-Mar 1998:40;1. S. 25-43.
- Stulhofer A. Gender, sexual attitudes and heterosexual behaviour in major Croatian cities. In : Revija Za Psihologiju 2000. S. 63-79.

Stulhofer A, Anteric G, Slosar S. Sexual permissiveness, egalitarianism, and responsibility among college students in Croatia, 1998-2003 [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Revija Za Psihologiju Jan-June 2004:35;1-2. S. 31-44.

Stulhofer A. Gender, sexual attitudes and heterosexual behaviour in major Croatian cities [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Revija Za Psihologiju Jan-June 2000:31;1-2. S. 63-79.

Stulhofer A. Terra incognita? Adolescent sexuality and risk-taking behavior [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Drustvena Istrazivanja Mar-June 1999:8;2-3(40-41). S. 267-85.

Vujovic S. High School Youth in Belgrade and AIDS [Serbo-Croatien/Croatien]. In : Sociologija Jan-Mar 1998:40;1. S. 45-70.

Vuk T, Putarek K, Rojnic N, Margan IG, Balija M, Grgicevic D. Croatia blood transfusion service in prevention of HIV spread during war. In : Acta Medica Croatica 1998:52(4-5). S. 221-2.

7.5.2 Schweiz

Projekt/Studie

BAG-Projekt Migration und Gesundheit : Schlussbericht 2000-2002.

BAG : WIAD-Studie in Arbeit.

Artikel

SNF. Les migrations et la Suisse. Résultats finaux du Programme national de recherche PNR 2003:39. S. 1-3.

Bericht

BAG, Dienst Migration Aids-und Suchtprävention bei albanischen Jugendlichen unter besonderer Berücksichtigung der Sportvereine in der Schweiz. In : BAG-Programme, Dienst Migration, Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.) : Projekt Migration und Gesundheit. Schlussbericht 2000-2002. 2002. S. 1-23.

FemmesTische : Reden und handeln. In : Focus – Das Magazin von Gesundheitsförderung Schweiz September 2003:16.

Wick Marcoli M. Projekt Migration und reproduktive Gesundheit. Umfrage bei Schweizer Spitälern [u.a. in BS und BL]. Imaneh Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit (2003a).

Haour-Knipe M. Migration et VIH/Sida en Europe. Organisation internationale pour les migrations, Genève, et Institut de médecine préventive et social, Université de Lausanne, 2000.

Blöchliger C. et al. Gesundheitsprobleme und allgemeinmedizinische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der Schweiz [u.a. zu BS und BL] aus hausärztlicher Sicht. Studie im Auftrag des BAG. Schweizerisches Tropeninstitut Basel, 1994.

Zusammenfassung

Ferron C. et al. Health behaviours and psychosocial adjustment of migrant adolescents in Switzerland. In : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997:126(35). S. 1419-29.

Statistik

BFM. Demographie : Niedergelassene Ausländer in der Schweiz Ende August 2004. ZAR.

BFM Demographie : Asylsuchende Ausländer in der Schweiz Januar 2005. AUPER2.

BAG. Epidemiologie : Anzahl HIV+ Meldungen in der Schweiz Ende Januar 2005.

BAG. Epidemiologie : Anzahl STI-Eingänge in der Poliklinik Basel Ende Dezember 2004. 2005.

IUMSP. Clients dans les centres de testes VIH anonymes universitaires 2000-2003 par région de résidence et origine, 2004.

IUMSP. Tests VIH+ déclarées par les médecins 2000-2003 par région de résidence et origine, 2004.

Kantonal

Es sind keine spezifischen Studien oder Veröffentlichungen bekannt.

Basel-Stadt/Baselland

Artikel

Gilgen D. et al. Migration experience, health and help-seeking strategies of patients from Turkey and Bosnia in primary health care in Basel. In : TM&ICH, 2001.

Bericht

Zahorka M, Blöchliger C. Bedürfnisanalyse zur reproduktiven Gesundheit von MigrantInnen in der Schweiz ; Abschlussbericht zur Untersuchung [in BS und BL]. Imaneh Schweizerische Koordinationsstelle Migration und reproduktive Gesundheit (2003b).

Zemp E. et al. Migration und Gesundheit, Beurteilung der gesundheitlichen Betreuung von MigrantInnen in der Region Basel. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Basel ISPM, 2001.

Salis Gross C, Loncarevic M. Gesundheitsstrategien in türkisch/kurdischen und bosnischen Communities [in Basel]. Zusammenfassung der Ergebnisse aus der türkisch/kurdischen und bosnischen Haushaltbegleitung (Community Study). Durchgeführt im Rahmen der Studie ‚Gesundheitsstrategie von Asylsuchenden und Flüchtlingen und die allgemeinmedizinische Versorgung in der Schweiz‘ (NFP 39). Schweizerisches Tropeninstitut Basel STI, 1999.

Projekt

GUM Gesundheit und Migration, ein Aids-Präventionsprojekt für fremdsprachige Menschen. Aids-Hilfe beider Basel, 2002-2004.

St. Gallen/Appenzell-Innerboden/Appenzell-Ausserboden

Projekt

AHSGA-Projekt ‚Integro‘. Sexualinformation und HIV/Aids-Prävention für Männer albanischer Muttersprache in den Kantonen SG/AI/AR. Fachstelle für Aids- und Sexualfragen (AHSGA), 2001.

AHSGA-Projekt ‚Passage‘. Informationsveranstaltung Sexualität, Verhütung, HIV/Aids. Fachstelle für Aids- und Sexualfragen (AHSGA), 2003.

7.6 LITERATURSUCHE : LISTE DER QUELLEN

IUMSP

Englische und französische Literatur.

Telefonkontakt

Umfrage nach Literatur und grauer Literatur bei ExpertInnen und Ressourcepersonen.

Bibliothek

Psychologisches, Ethnologisches und Soziologisches Institut der Universität Zürich.

Schweizerisches Tropeninstitut Basel

Elektronische Suche

Suchanfrage Google	Treffer
Migration und HIV/Aids	56'000
Jugoslawische Migration und Schweiz	710
Jugoslawische Migration und Gesundheit	459
Jugoslawische Migration und Gesundheit und Schweiz	202
Jugoslawische Migration und HIV/Aids	69 (davon direkte Treffer: 0)
Jugoslawische Migration und Schweiz und HIV/Aids	40 (davon direkte Treffer: 0)
Albanische Migration und Schweiz und HIV/Aids	17 (davon direkte Treffer: 0)
Kroatische Migration und Schweiz und HIV/Aids	7 (davon direkte Treffer: 0)
Serbische Migration und Schweiz und HIV/Aids	16 (davon direkte Treffer: 0)
Slowenische Migration und Schweiz und HIV/Aids	4 (davon direkte Treffer: 0)
Mazedonische Migration und Schweiz und HIV/Aids	2 (davon direkte Treffer: 0)
Bosnische Migration und Schweiz und HIV/Aids	11 (davon direkte Treffer: 0)
Herzegowinische Migration und Schweiz und HIV/Aids	0 (davon direkte Treffer: 0)
Montenegrinische Migration und Schweiz und HIV/Aids	0 (davon direkte Treffer: 0)
Jugoslawische Flüchtlinge und HIV/Aids	88 (davon direkte Treffer: 0)
Jugoslawische Flüchtlinge und Schweiz und HIV/Aids	53 (davon direkte Treffer: 0)

Pub Med : National Library of Medicine

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=pubmed&dopt=Abstract&list_uids=12321821&itool=iconabstr

Suchanfrage NEBIS	Treffer
NEBIS Wörter= (gesundheit migration)	48
NEBIS Wörter= (migration health)	48
NEBIS Wörter= (migration)	3933
NEBIS Wörter= (hiv/aids)	1
NEBIS Wörter= (hiv/aids migration)	1
NEBIS Wörter= (hiv/aids migration jugoslawien)	0
NEBIS Wörter= (migration jugoslawien)	5