



Francesca Pogia Mileti, Laura Mellini et Marc Tadorian

**Migration et vulnérabilités au
VIH/IST en Suisse**
Rapport de recherche

Mars 2022

Table des matières

Remerciements	4
Glossaire	5
1 Introduction.....	7
2 Objectifs et méthodes.....	10
2.1 Objectifs de départ et réorientation en cours d'enquête	10
2.2 Mi.STI : une enquête qualitative et participative visant la recherche et l'intervention.....	11
2.3 Enquête 1 auprès des acteur-riche-s de terrain.....	13
2.4 Enquête 2 auprès des personnes migrantes.....	15
2.5 Enquête 3 : des binômes entre acteur-riche-s de terrain et personnes migrantes	18
3 Statuts, identités et conditions de vie en Suisse : des vulnérabilités plurielles	21
3.1 Définition de la vulnérabilité	21
3.2 Vulnérabilités et inégalités d'accès aux ressources (dans les cantons suisses).....	23
3.3 Statuts légaux et accès limité au logement, au travail et à la santé en Suisse	25
3.4 Statuts socio-économiques et précarité.....	28
3.5 Identités de genre et orientations sexuelles minoritaires	30
3.6 Origines ethniques et discriminations raciales.....	33
3.7 Les difficultés spécifiques du travail du sexe	35
4 La vulnérabilité au VIH/IST.....	38
4.1 La définition de la vulnérabilité au VIH/IST.....	38
4.2 Rapports sexuels sans préservatif.....	40
4.2.1 Non utilisation du préservatif chez les personnes hétérosexuelles cisgenres	43
4.2.2 Non utilisation du préservatif chez les hommes homosexuels, personnes transgenres et queer	48
4.2.3 Non utilisation du préservatif chez les personnes travailleuses du sexe	51
4.3 Recours aux tests de dépistage variable	54
4.4 Très faible recours à la PEP et à la PrEP.....	60
4.5 Difficultés d'accès et de continuité des soins pour les personnes infectées.....	62
5 Imbrication des vulnérabilités et VIH/IST	68
5.1 Instabilité juridique et précarité socio-économique.....	70
5.2 Violences et exploitation.....	73
5.3 Vulnérabilités plurielles et discriminations intersectionnelles	75

5.4	<i>Effets des vulnérabilités sociales sur la vulnérabilité au VIH/IST</i>	79
5.5	<i>Les ressources des personnes migrantes</i>	84
6	Pratiques d'intervention dans le domaine VIH/IST et migration	89
6.1	<i>Les interventions dans le secteur du VIH/IST et de la santé sexuelle/sexualité</i>	89
6.1.1	L'intervention relevant du domaine VIH/IST	90
6.1.2	La prévention et l'accompagnement dans le domaine de la santé sexuelle/sexualité	100
6.2	<i>Les approches, les principes et les outils d'intervention</i>	101
6.2.1	Les approches	101
6.2.2	Les principes	107
6.2.3	Les outils d'intervention	110
6.3	<i>Collaborations</i>	115
6.3.1	Les collaborations intra-institutionnelles	115
6.3.2	Les collaborations inter-institutionnelles	116
6.3.3	Les collaborations avec des bénévoles.....	116
6.4	<i>Les difficultés d'intervention dans le domaine VIH/IST et migration</i>	118
6.4.1	Les contraintes structurelles et institutionnelles	118
6.4.2	Les limitations dues aux situations socio-culturelles.....	122
7	Les stratégies d'intervention	128
7.1	<i>Stratégies d'intervention plutôt que bonnes pratiques</i>	128
7.2	<i>Comprendre les besoins des PM en santé globale</i>	130
7.3	<i>Informar les PM sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST</i>	136
7.4	<i>Offrir aux PM une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels</i>	141
7.5	<i>Lutter contre les stigmatisations et discriminations intersectionnelles</i>	151
7.6	<i>Améliorer l'égalité des chances en santé</i>	155
8	Conclusion	160
9	Références	173
	Annexe 1 : Résumé de l'enquête	179
	Annexe 2 : Tableau de présentation des acteur-ric-e-s de terrain	187
	Annexe 3 : Tableau de présentation des personnes migrantes	189
	Annexe 4 : Exemple de vignette utilisée dans l'enquête 3	191

Remerciements

Toute recherche est le résultat d'un travail collectif. C'est encore plus vrai quand il s'agit d'une recherche participative.

Notre gratitude va à toutes les personnes qui ont participé aux interviews. Nous les remercions sincèrement pour la confiance témoignée, la disponibilité dont elles ont fait preuve, le temps qu'elles nous ont accordé, souvent au-delà de ce qui leur avait été demandé. Les acteur·rice·s de terrain nous ont décrit leurs pratiques professionnelles et ont partagé leurs réussites, sans taire leurs difficultés et doutes. Les personnes migrantes nous ont raconté leur parcours en Suisse, dans leur pays d'origine ou ailleurs. Elles nous ont confié leurs expériences et leurs sentiments sur des sujets intimes, parfois douloureux. Nous leur en sommes très reconnaissant·e·s.

Nous sommes extrêmement reconnaissant·e·s aux membres du groupe PARTEN d'avoir participé à cette enquête, en mettant au profit de celle-ci leurs connaissances, compétences et expertise. Leurs questions, remarques, suggestions et critiques ont grandement contribué à améliorer la qualité de la recherche. Merci à Alecs Recher (Transgender Network Switzerland), Barbara Zwahlen (Office fédéral de la santé publique), Celeste Ugochukwu (African Diaspora Council of Switzerland), Claude Isofa Nkanga Bokembya (Fondation PROFA), Corinne Siffert (Griséolidis), Felix Neuenschwander (Aids-Hilfe beider Basel), Furkan Hancioglu (Asile LGBTIQ+ Genève), Izabel Barros (Cfd - L'organisation féministe pour la paix), Linda Stoll (Croix-Rouge suisse, canton de Zurich), Marianne Jossen (Office fédéral de la santé publique), Mihaela Georgescu (Fleur de Pavé) et Sabina Düringer (Aide Suisse contre le Sida).

Toute notre reconnaissance va également aux institutions qui ont collaboré au recrutement des personnes interviewées. Pour préserver l'anonymat de celles-ci, nous ne pouvons pas les nommer. Sans leur travail, fourni dans une période à la fois d'insécurité et de surcharge en raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, cette enquête n'aurait pas pu être réalisée.

Un remerciement spécial va à Laurence Wicht pour sa relecture attentive de ce rapport.

Enfin, nous remercions l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) pour le financement de l'enquête. Notre gratitude va à Marianne Jossen, collaboratrice scientifique et cheffe de section adjointe, et Barbara Zwahlen, collaboratrice scientifique, qui nous ont accompagnés·e·s durant toutes les phases de la recherche avec beaucoup d'intérêt, d'engagement et de disponibilité.

Dans le but d'obtenir une réponse indépendante et scientifiquement fondée, l'OFSP a mandaté l'Université de Fribourg comme prestataire externe. L'interprétation des résultats, les conclusions et les recommandations présentes dans ce rapport (et dans les autres publications issues de ce projet de recherche) n'engagent que ses auteur·rice·s. Elles peuvent par conséquent diverger de l'avis et des positions de l'OFSP.

Citation suggérée :

Poglia Mileti, F., Mellini, L. et Tadorian, M. (2022). *Migration et vulnérabilités au VIH/IST en Suisse. Rapport de recherche*. Université de Fribourg.

En couverture : Acrylique sur toile, Marion Canevascini, 120x120 cm, 2016.

Glossaire

ACT : acteur·rice·(s) de terrain

ALCP : Accord sur la libre circulation des personnes Suisse-UE/AELE

ARV : (traitement) antirétroviral

ASS : Aide Suisse contre le Sida

Cadre MV : « Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST – Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ » établi par l'OFSP

Cisgenre : concerne une personne dont l'identité de genre correspond au sexe qui lui a été attribué à la naissance

CFIST : Commission fédérale pour les questions liées aux infections sexuellement transmissibles

Checkpoint : « Centre de santé pour les hommes gay et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ainsi que pour les personnes trans et leurs proches »¹

HSH : hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

LAsi : Loi sur l'asile

LAVI : Loi sur l'aide aux victimes

LEI : Loi sur les étrangers et l'intégration

LGBTQI+ : personnes lesbiennes, gaies, trans, queer (ou en questionnement), intersexes et autres

MNA : mineur·eure·s non accompagné·e·s

OFSP : Office fédéral de la santé publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONUSIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida

OSIEG : orientation sexuelle, identité et expression de genre

PEP : post exposition prophylaxis (prophylaxie post exposition)

PM : personne(s) migrante(s)

PReP : preexposition prophylaxis (prophylaxie pré-exposition)

Queer : concerne une personne qui n'adhère pas à la vision binaire des genres et des sexualités

SEM : Secrétariat d'État aux Migrations

SSCH : Santé sexuelle suisse

TasP : Treatment as Prevention (traitement comme prévention)

¹ <https://www.mycheckpoint.ch/fr/>

Transgenre : concerne une personne dont l'identité et/ou l'expression de genre ne correspond pas au sexe qui lui a été attribué à la naissance. Un homme transgenre est une personne dont l'identité et/ou l'expression de genre est masculine et le sexe attribué à la naissance est féminin. Une femme transgenre est une personne dont l'identité et/ou l'expression de genre est féminine et le sexe attribué à la naissance est masculin.

UE/AELE : Union européenne/Association européenne de libre-échange

VIH/IST : virus de l'immunodéficience humaine ou autres infections sexuellement transmissibles

VCT : voluntary counselling and testing

1 Introduction

Mi.STI (*Migration & Sexually Transmitted Infections*) est une enquête qualitative et participative financée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elle a été menée par une équipe de sociologues de l'Université de Fribourg, entre octobre 2019 et mars 2022.

Dans le domaine du VIH/IST et de la migration, l'OFSP s'est doté d'un cadre pour la planification d'actions préventives auprès de personnes dites « vulnérables ». Il s'agit du « Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST – Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ » (cadre MV) (OFSP, 2016a) qui préconise différents types d'actions auprès de ces personnes migrantes : sensibilisation aux droits sexuels ; prévention primaire du VIH/IST ; conseil, diagnostic et traitement ; mise en place de conditions durables.

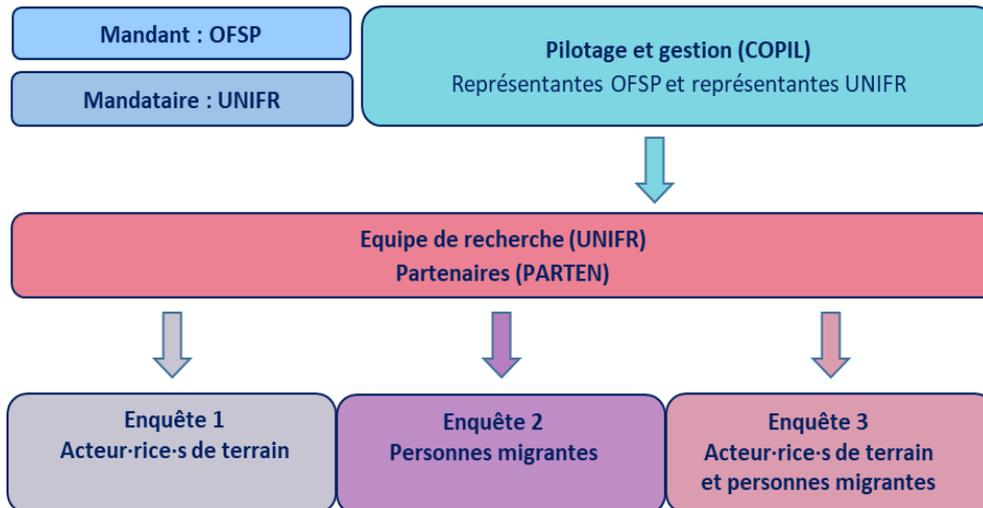
Mandatée dans ce cadre, l'enquête Mi.STI s'est donnée pour objectif de :

- Étudier la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes
- Étudier les actions des institutions face à la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes
- Proposer des bases de réflexion pour l'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes.

Pour atteindre ces objectifs, la recherche s'est déroulée en trois phases :

1. L'**enquête 1** a été menée auprès d'**acteur·rice·s de terrain**, travaillant dans le domaine du VIH/IST et de la migration. Elle visait à étudier les actions des institutions face à la vulnérabilité au VIH/IST en contexte migratoire. Plus précisément, il s'agissait de récolter les expériences subjectives des personnes intervenantes dans le domaine du VIH/IST et de la migration, dresser un état des lieux des activités menées et identifier les principales difficultés relevées par les acteur·rice·s de terrain.
2. L'**enquête 2** a été menée auprès de **personnes migrantes**. Elle visait à étudier leur vulnérabilité au VIH/IST. Plus précisément, il s'agissait d'identifier les situations de vulnérabilité auxquelles ces personnes sont confrontées et montrer leur imbrication ; comprendre leurs expériences et perceptions subjectives en lien avec le VIH/IST, ainsi que leur connaissance des offres de prévention.
3. L'**enquête 3** a fait dialoguer des **acteur·rice·s de terrain** et des **personnes migrantes**. Elle visait à dégager des pistes pour l'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes, selon le point de vue des participant·e·s en interaction.

La recherche Mi.STI a été encadrée par un groupe de pilotage (COPI) constitué de deux membres de l'équipe de recherche et deux représentantes de l'OFSP. Fondée sur une approche participative, elle a bénéficié de l'accompagnement d'un groupe transdisciplinaire de partenaires de terrain (groupe PARTEN). Ce groupe s'est impliqué dans toutes les phases de l'enquête et s'est réuni à plusieurs reprises.



Ce rapport présente les résultats de la recherche et est destiné principalement aux personnes engagées sur le terrain et dans les politiques de santé et de migration, sans oublier les personnes migrantes et toute personne intéressée aux problématiques abordées. Dans un but de clarté et d'accessibilité à tout public, nous avons renoncé, dans la mesure du possible, à l'emploi du langage scientifique.

Le rapport s'ouvre avec un chapitre de présentation des objectifs et méthodes d'enquête (chapitre 2). Suivent cinq chapitres de présentation des résultats (chapitres 3-7). Dans le chapitre 3, nous décrivons les statuts, identités et conditions de vie en Suisse des personnes migrantes que nous avons rencontré·e·s. Cela nous permet de rendre compte des vulnérabilités sociales auxquelles ces personnes sont exposées, situations qui façonnent la vulnérabilité au VIH/IST.

Comme nous l'expliquons au chapitre 4, la vulnérabilité au VIH/IST renvoie à des risques médicaux et se décline de deux manières : l'exposition au risque d'infection pour les personnes non infectées et l'exposition au risque d'aggravation de l'état de santé pour les personnes infectées. Nous verrons alors que la vulnérabilité au VIH/IST est liée à des pratiques, comme par exemple la non-utilisation du préservatif lors de rapports sexuels, et à des difficultés, notamment dans l'accès aux soins et leur continuité. Les connaissances que les personnes migrantes ont du VIH/IST et leurs représentations de celui-ci, de la sexualité, des rapports de genre et de couple jouent également un rôle.

Dans le chapitre 5, nous verrons que l'exposition à ces risques médicaux est évolutive et liée aux caractéristiques sociales et sexuelles des personnes migrantes, à leurs identités et à leurs conditions de vie en Suisse. Autrement dit, la vulnérabilité au VIH/IST dépend de l'imbrication des vulnérabilités sociales précédemment décrites. Pour illustrer les processus de vulnérabilisation qui amènent les personnes migrantes à un risque accru d'infection au VIH/IST et/ou de détérioration de l'état de santé, nous procéderons à des études cas. Nous montrerons tout particulièrement l'importance de prendre en compte les rapports de pouvoir — qui se déclinent en agisme, classisme, sexisme, hétérosexisme, cisgenrisme, racisme, etc. — dans lesquels sont prises ces personnes. Le chapitre se termine avec leurs ressources. Si le propos de cette recherche était d'étudier les vulnérabilités auxquelles les personnes migrantes sont confrontées, celles-ci ne sauraient pas être réduites à des manques, à des difficultés et à des épreuves. Elles ont également des ressources sur lesquelles les interventions peuvent s'appuyer.

Le chapitre 6 restitue les interventions face à la vulnérabilité au VIH/IST dans le domaine de la migration. Nous verrons que les acteur·rice·s de terrain opèrent à différentes échelles d'intervention, se réfèrent à plusieurs principes et utilisent une variété d'approches et d'outils pour mener leurs interventions. Les difficultés qu'il·elle·s rencontrent sont également présentées. Elles découlent des restrictions imposées par les politiques dans le domaine de la migration et de la santé, des limites institutionnelles, mais également des conditions de vie et situations socio-culturelles des personnes migrantes auprès desquelles il·elle·s interviennent.

Enfin, le chapitre 7 rend compte des stratégies d'intervention susceptibles de contribuer à diminuer la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes. Elles sont organisées autour de 5 axes principaux : comprendre leurs besoins en santé globale ; les informer sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST ; leur offrir une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels ; lutter contre les stigmatisations et discriminations intersectionnelles ; améliorer l'égalité des chances en santé. Pour chaque axe, nous présenterons les objectifs spécifiques, les approches, les outils, les mesures et les institutions concernées.

Pour terminer, nous souhaitons donner quelques précisions sur la portée de ce rapport et en fournir une sorte de grille de lecture. D'abord, il importe de relever que l'enquête Mi.STI a porté sur des échantillons réduits d'acteur·rice·s de terrain et de personnes migrantes qui ne sont pas représentatifs en termes statistiques. Si nos résultats ne peuvent pas être généralisés, ils permettent toutefois de souligner, d'une part, la diversité et complexité des parcours et des expériences vécues par les personnes migrantes, afin de mieux comprendre les processus qui placent ces personnes en situation de vulnérabilité au VIH/IST. D'autre part, nos résultats permettent de saisir la diversité et la complexité des pratiques professionnelles dans ce domaine, tout comme les défis auxquels les acteur·rice·s de terrain sont exposé·e·s.

Conformément à la perspective sociologique adoptée dans cette enquête, nous ne tenons pas compte d'éléments purement biologiques, comme par exemple les différences biologiques d'exposition au risque d'infection au VIH/IST selon le sexe ou l'orientation sexuelle.

Les résultats obtenus auprès des acteur·rice·s de terrain et des personnes migrantes sont articulés tout au long du rapport. Cette restitution nous a paru plus intéressante et riche que de séparer les résultats obtenus chez l'une et l'autre population d'enquête, d'autant plus que la frontière entre ces deux catégories de personnes est poreuse.

Dans le but de rendre la parole aux personnes rencontrées, nous accompagnons les analyses de nombreux extraits d'entretien. Ils sont placés en retrait et en italique dans le texte. Afin de protéger l'anonymat des personnes interviewées, nous avons enlevé toute donnée sociodémographique et référence institutionnelle permettant de les identifier. Leurs propos sont restitués tels qu'ils ont été tenus en situation d'entretien, mais attribués uniquement sur la base des catégories « acteur·rice de terrain » ou « personne migrante ».

Le résumé de l'enquête se trouve en annexe 1.

2 Objectifs et méthodes

2.1 Objectifs de départ et réorientation en cours d'enquête

L'enquête avait pour objectifs de² :

- I. Étudier la vulnérabilité au VIH/IST des migrant·e·s**
 - a. Connaître les contextes de vie structurels des migrant·e·s vulnérables (MV) au VIH/IST
 - b. Comprendre les expériences et perceptions subjectives des MV au VIH/IST
 - c. Expliquer l'articulation des facteurs de vulnérabilité au VIH/IST et leur impact sur les différentes catégories de MV
 - d. Évaluer les réalités objectives et expériences subjectives des liens que les MV ont avec les institutions de travail VIH/IST
- II. Étudier les actions des institutions face à la vulnérabilité au VIH/IST des migrant·e·s**
 - a. Dresser un état des lieux des activités et interventions menées auprès des MV au VIH/IST
 - b. Récolter les expériences subjectives des professionnel·e·s et intervenant·e·s travaillant auprès des MV au VIH/IST
 - c. Identifier les formes de communication entre les institutions, les réseaux et les collaborations
 - d. Récolter les évaluations quant aux actions et aux formes de communications existantes, identifier les activités et les manques principaux
- III. Proposer des bases de réflexion pour l'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des migrant·e·s**
 - a. Élaborer des pistes pour l'intervention fondées sur la pratique (best practices, études de cas, programmes concertés, etc.)
 - b. Proposer des modalités de coopération et de coordination (plateformes d'échanges, réseaux de collaborations, workshops, etc.)
 - c. Contribuer au développement ultérieur du modèle des déterminants, élaboré par l'OFSP dans le cadre de la coordination de la recherche socio-épidémiologique
 - d. Opérationnaliser et/ou évaluer la pertinence du concept de vulnérabilité

Conformément à la méthode qualitative et à la démarche participative adoptées, ces objectifs de départ ont évolué au fil de l'enquête. Ils ont été précisés grâce aux réflexions menées dans le groupe PARTEN et sur la base des résultats empiriques. Ils ont également dû être partiellement revus, en raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 qui nous a contraint·e·s à changer la méthodologie, notamment pour l'enquête de terrain 3 (v. chapitre sur les méthodes ci-après). Les objectifs visant à identifier et évaluer les formes de communication entre les institutions, les réseaux et les collaborations (objectifs II c, d) n'ont été atteints que de manière partielle pendant les entretiens avec les acteur·rice·s de terrain (ACT) lors de l'enquête 1. Cela puisque les personnes interviewées ont thématiqué davantage leurs pratiques d'intervention au quotidien et les difficultés rencontrées que les collaborations avec leurs partenaires. Dès lors, nous avons prévu de reprendre ce point lors des focus-groups avec les ACT (enquête 3), mais les contraintes imposées par la crise sanitaire nous ont amené·e·s à modifier la méthode de récolte des

² Objectifs formulés dans le projet rendu à l'OFSP le 28 juin 2019.

données pour l'enquête 3, ce qui a limité le recueil des informations sur les formes et les réseaux de collaboration entre institutions.

Le changement d'orientation de la recherche et l'évolution des objectifs en cours d'enquête sont également dus au fait que nous nous sommes adapté·e·s en fonction des résultats intermédiaires. Par exemple, les données récoltées nous ont montré que les catégories de migrant·e·s vulnérables, telles que définies dans le « Cadre pour la planification des actions en prévention VIH/IST » établi par l'OFSP (2016a) sont trop rigides et qu'elles ne permettent pas de comprendre les réalités vécues.

Ainsi, au lieu de chercher à expliquer les facteurs de vulnérabilité sur les différentes catégories de migrant·e·s vulnérables (objectif 1c), nous avons analysé les situations de vulnérabilité et les processus de vulnérabilisation et non seulement les caractéristiques de ces personnes. C'est pour cette raison que nous ne parlons pas de migrant·e·s vulnérables comme cela est indiqué dans les objectifs de départ, mais nous utilisons le terme de personnes migrantes (PM).

2.2 Mi.STI : une enquête qualitative et participative visant la recherche et l'intervention

Mi.STI est une **enquête sociologique**. L'approche sociologique consiste à penser des faits ou phénomènes observables, tels que la migration ou la maladie, comme des faits sociaux. À partir de là, elle cherche à comprendre ces faits en s'intéressant aux processus sociaux (mobilité, affiliation, intégration, exclusion, discrimination, etc.). L'approche sociologique permet aussi d'identifier les rapports sociaux et les rapports de pouvoir dans lesquels les faits sociaux s'inscrivent (rapports de genre, d'âge, de classe sociale, d'ethnicité, etc.).

Mi.STI est une **enquête qualitative**. La méthode qualitative consiste à produire des connaissances dans le cadre d'observations et/ou d'entretiens. Elle est considérée une « méthodologie de la proximité » (Paillé, 2007). La méthode qualitative est particulièrement adaptée pour explorer, décrire et comprendre en profondeur des faits sociaux, en mettant en lumière les processus sociaux comme, par exemple, la stigmatisation, la discrimination, la domination ou l'exploitation. L'approche qualitative permet de rendre compte des expériences vécues et des significations que les personnes concernées attribuent à leur situation.

Mi.STI a été menée en **trois phases** :

1. **L'enquête 1** a été menée auprès d'**ACT travaillant dans le domaine du VIH/IST et de la migration**. Elle visait à étudier les actions des institutions face à la vulnérabilité au VIH/IST en contexte migratoire. Plus précisément, il s'agissait de récolter les expériences subjectives des personnes intervenant dans le domaine du VIH/IST et de la migration, dresser un état des lieux des activités menées et identifier les principales difficultés relevées par les ACT.
2. **L'enquête 2** a été menée auprès de **PM**. Elle visait à étudier leur vulnérabilité au VIH/IST. Plus précisément, il s'agissait d'identifier les situations de vulnérabilité auxquelles ces personnes sont confrontées et montrer leur imbrication ; comprendre leurs expériences et perceptions subjectives en lien avec le VIH/IST et leur niveau de connaissance des offres de prévention.
3. **L'enquête 3** a fait dialoguer des **ACT** avec des **PM**. Elle visait à dégager des pistes d'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des PM, en s'appuyant sur les échanges des participant·e·s en interaction.

Les données ont été récoltées par le biais des entretiens individuels approfondis (Blanchet & Gotman, 2007) et des entretiens collectifs (Duchesne & Haegel, 2008) (v. détails dans les sections suivantes).

Mi.STI est une **enquête participative**. Elle s’inspire de la **recherche interventionnelle en santé des populations** (RISP) qui se fonde sur l’expérimentation du terrain pour produire des connaissances utiles à l’action et à la décision (Ferron et al., 2013). Les partenaires sont intégré·e·s au processus sur un principe d’équité et de responsabilités partagées en fonction des compétences de chacun·e : échanges des connaissances, transparence, décloisonnement professionnel et coopération intersectorielle. Ces dispositifs sont inspirés de la recherche-action et de l’évaluation participative et promeuvent différentes modalités de relations entre les intervenant·e·s, les décideur·euse·s et les chercheur·euse·s (Potvin et al., 2010). Cela implique des procédures scientifiques discutées avec les partenaires et des démarches d’actions innovantes et d’évaluations (Alla & Kivits, 2015) puisque le corpus de connaissances peut également servir à évaluer les dispositifs d’interventions déjà existants (Potvin et al., 2013). Il n’y a pas de séparation entre la phase de recherche empirique et le transfert de connaissances, puisque les partenaires sont, dès le départ, partie prenante du dispositif scientifique et échangent sur l’avancement du processus.

En ligne avec la RISP, un **groupe de partenaires** (groupe PARTEN) a été **associé à toutes les étapes de la recherche**, de la mise en place du dispositif méthodologique, à la conceptualisation d’une stratégie d’intervention, en passant par la discussion des résultats de l’enquête.

Dans une perspective interdisciplinaire, le groupe PARTEN a été constitué de 15 personnes (dont les 3 membres de l’équipe de recherche) travaillant dans différents domaines d’intervention en lien avec la migration, la santé sexuelle, la prévention du VIH/IST, le milieu LGBTQI+, le travail du sexe, la lutte contre le racisme, la coopération et le développement, autant au niveau cantonal que national. Le groupe était également diversifié en termes de genres, identités de genres et orientations sexuelles, origines ethniques et parcours migratoires, langues et statuts professionnels.

Composition du groupe PARTEN :

Alecs Recher	Transgender Network Switzerland (TGNS)
Barbara Zwahlen	Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Celeste Ugochukwu	African Diaspora Council of Switzerland (ADCS)
Claude Isofa Nkanga Bokembya	Fondation PROFA, VD
Corinne Siffert	Grisélidis, FR
Felix Neuenschwander	Aids-Hilfe beider Basel, BS/BL
Francesca Poglià Mileti	Université de Fribourg, FR
Furkan Hancioglu	Asile LGBTQI+ Genève, GE
Izabel Barros	Cfd - L’organisation féministe pour la paix
Laura Mellini	Université de Fribourg, FR
Linda Stoll	Croix-Rouge suisse, canton Zurich
Marc Tadorian	Université de Fribourg, FR
Marianne Jossen	Office fédéral de la santé publique (OFSP)
Mihaela Georgescu	Fleur de Pavé, VD
Sabina Düringer	Aide Suisse contre le Sida

Le groupe PARTEN s'est réuni 5 fois. Les séances ont duré entre 3 et 4 heures. Quatre séances ont pu avoir lieu en présentiel, à l'Université de Fribourg, et une séance a eu lieu à distance pour cause de confinement lié à la pandémie de COVID-19. Ces séances avaient pour objectifs de :

1. Présenter et discuter le modèle participatif et la méthodologie ; identifier les situations de vulnérabilité auxquelles les PM sont confrontées.
2. Discuter le profil des ACT à interviewer, les institutions de rattachement et les thèmes à aborder lors des entretiens.
3. Présenter et discuter une sélection de résultats issus de l'enquête 1 (ACT) ; discuter le profil des PM à interviewer et les thèmes à aborder lors des entretiens.
4. Prendre connaissance et discuter les résultats issus de l'enquête 2 (PM) ; proposer et discuter un nouvel outil méthodologique pour l'enquête de terrain 3 (interventions).
5. Présenter et discuter les résultats issus de l'enquête 3 ; discuter les interventions à mettre en place par l'équipe de recherche.

Chaque séance a alterné des moments de présentation (du projet, de la méthodologie, des résultats) par l'équipe de recherche avec des discussions collectives et des travaux en duo ou en groupe. Entre chaque séance, les membres du groupe ont collaboré à l'enquête de différentes manières. Il·elle·s ont :

- fourni à l'équipe de recherche de la littérature grise dans leurs domaines d'intervention ou produit des documents pour rendre compte de leurs pratiques professionnelles (par exemple, un mapping de leurs réseaux de collaboration) ;
- lu des documents produits par l'équipe de recherche et donné leur feedback ;
- participé activement au recrutement des personnes à interviewer, en proposant soit des personnes intermédiaires pour entrer en contact avec celles-ci, soit des personnes susceptibles de participer aux entretiens ;
- testé l'outil méthodologique utilisé dans l'enquête de terrain 3, présenté plus loin.

Enfin, conçue comme une recherche interventionnelle, en plus de produire des connaissances sur les situations de vulnérabilité face au VIH/IST, Mi.STI visait à proposer des **bases de réflexion pour l'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des PM** : élaborer des pistes d'intervention fondées sur la pratique, proposer des modalités de coopération et de coordination (objectif 3, a-d).

2.3 Enquête 1 auprès des acteur·rice·s de terrain

L'enquête auprès des ACT s'est déroulée entre les mois de janvier et d'avril 2020.

Constitution de l'échantillon : une démarche réflexive et participative

Le projet prévoyait d'interviewer **20 personnes actives dans le travail du VIH/IST et la migration**. Afin de constituer l'échantillon, l'équipe de recherche a commencé par faire un repérage systématique des institutions travaillant dans ce domaine en Suisse alémanique et en Suisse romande (septembre-octobre 2019).

Sur la base de cet inventaire, une vingtaine d'institutions ont été sélectionnées et, pour chacune d'entre elles, le profil d'un·e ACT à interviewer (genre, expérience migratoire, fonction dans l'institutions, etc.) a

été dressé (novembre 2019). S'agissant d'une enquête exploratoire, la diversification de l'échantillon a été assurée en retenant les critères fondamentaux suivants :

- régions linguistiques et cantons d'ancrage des institutions ;
- domaines d'intervention des institutions : médical, social, migration, santé sexuelle, VIH/IST, travail du sexe, LGBTQI+, asile, sans-papiers, traite et violences ;
- statuts et fonctions des ACT : médecins, infirmier·ère·s, conseiller·ère·s en santé sexuelle, responsables de projets, intervenant·e·s soci·aux·ales, médiateur·rice·s, pair·e·s ;
- expérience migratoire ou pas des ACT.

Conformément à notre démarche de recherche participative, cette première sélection des institutions concernées par l'enquête et des profils des ACT à interviewer a été discutée avec les membres du groupe PARTEN. Puis elle a été réajustée, en fonction des suggestions et remarques formulées.

Lors de la séance 2 du groupe PARTEN, l'équipe de recherche a invité les membres du groupe à un brainstorming sur les institutions à prendre en compte et les profils des potentielles personnes à interviewer. La discussion a permis de vérifier l'adéquation entre l'échantillon construit et les propositions formulées par les membres du groupe.

Cette confrontation a abouti à une nouvelle version de l'échantillon qui a ensuite été validée par les partenaires de l'OFSP et le groupe PARTEN.

Contacts avec les institutions, recrutement et réajustements de l'échantillon

Au total, la chercheuse et le chercheur impliqué·e·s dans le travail empirique ont contacté **25 institutions**. Au fil de ces contacts, l'échantillon a subi quelques réajustements, en raison, d'une part, de certaines contraintes liées au terrain et, d'autre part, des données récoltées.

Les **contraintes du terrain** se sont présentées sous différentes formes. Par exemple, deux personnes retenues avaient quitté leur fonction. Trois autres ont estimé que leur participation n'était pas pertinente, soit parce qu'elles n'avaient pas suffisamment de contacts avec des PM, soit parce qu'elles n'intervenaient pas sur les questions en lien avec la sexualité ou la santé sexuelle. Enfin, l'équipe de recherche a été confrontée à deux refus de participation à l'enquête de la part d'institutions actives dans les domaines du travail du sexe et de la traite. En effet, elles estimaient que notre enquête pouvait avoir un effet de stigmatisation étant donné que la focale était orientée vers le VIH/IST.

Quant aux **réajustements de l'échantillon découlant des premières données récoltées**, deux exemples peuvent être évoqués ici. S'il était prévu de s'entretenir avec un·e ACT travaillant dans le domaine des violences, ce profil spécifique a été abandonné, car le thème de la violence avait déjà été traité de manière approfondie par les autres ACT interviewé·e·s. Enfin, un·e interprèt·e a été intégré·e à l'échantillon en cours d'enquête après que les ACT aient souligné l'importance de son rôle lors des interventions à l'égard des PM.

Planification et passation des entretiens

Au total, **18 entretiens** ont été menés entre février et avril 2020, dont **9 en Suisse alémanique** et **9 en Suisse romande**. En raison de la pandémie de COVID-19, la phase de récolte des données a également été plus longue que prévu. Les 5 derniers entretiens se sont par ailleurs déroulés au téléphone. Dans deux institutions, la personne contactée a proposé qu'un·e collègue participe également à l'entretien.

L'échantillon final est donc composé de **20 ACT travaillant** dans le domaine du VIH/IST et de la migration (v. Annexe 2 : Tableau de présentation des acteur·rice·s de terrain).

Les **entretiens**, de **type approfondi** (Beaud, 1996), **compréhensif** (Kaufmann, 2016; Ramos, 2015) et **semi-structuré** (Blanchet & Gotman, 2007) ont été menés sur la base d'un guide d'entretien préalablement conçu avec la participation des membres du groupe PARTEN. La chercheuse et le chercheur engagé·e·s dans le travail empirique ont mené **8 entretiens en allemand ou suisse allemand** et **10 entretiens en français** (une personne recrutée dans la partie germanophone de la Suisse ayant souhaité mener l'entretien en français). Les données sociodémographiques des personnes interviewées ont été récoltées avant ou après l'entretien de recherche.

Pendant les entretiens, les ACT interviewé·e·s ont exprimé leur intérêt pour l'étude, en donnant de leur temps au-delà des attentes et en tenant des propos riches, agrémentés de nombreux exemples et anecdotes. Grâce au consentement de tou·te·s les participant·e·s, la totalité des entretiens a pu être enregistrée. La durée des enregistrements varie entre 1 et 3 heures, avec une durée moyenne de 1 heure et 45 minutes. Cependant, les entretiens ont duré bien plus longtemps, car un temps d'échange avant et après l'enregistrement a eu lieu. Ces moments privilégiés d'échange ont porté sur le projet Mi.STI, les thématiques abordées, la réalité du terrain, mais également sur les résultats des enquêtes précédentes menées par l'équipe de recherche.

Transcription, codage et analyse

Les 18 entretiens ont été intégralement transcrits. Selon l'approche de la **Grounded Theory** (Corbin & Strauss, 2015; Glaser & Strauss, 2012; Lejeune, 2014), cette immersion dans les données récoltées et les échanges réguliers au sein de l'équipe de recherche a permis de modifier le guide d'entretien, d'explorer les nouveaux thèmes et d'approfondir ceux qui se sont avérés les plus pertinents pour les interviewé·e·s.

Parallèlement à ces échanges sur les premiers résultats, les chercheur·euse·s ont procédé au codage des entretiens à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative des données (NVivo), en utilisant une grille de codage commune avec des codes thématiques qui ont évolué au fil du codage des données. Les résultats du travail d'analyse ont été régulièrement partagés et discutés en équipe. Un compte rendu des principaux résultats de cette enquête auprès des ACT a été rédigé.

2.4 Enquête 2 auprès des personnes migrantes

Le protocole d'enquête auprès des PM a été soumis et approuvé par la Commission d'éthique de la recherche sur l'être humain du Canton VD, compétente pour les recherches menées dans le canton de Fribourg.

L'enquête auprès des PM s'est déroulée entre les mois de juin et novembre 2020. Les deux chercheur·euse·s ont assuré la recherche des personnes à interviewer et mené les entretiens. L'enquête a été réalisée en dépit de la situation sanitaire liée à la pandémie de COVID-19, mais le projet a subi un retard d'environ 6 semaines. Le recrutement a nécessité des heures de travail supplémentaires (surcharge des institutions, indisponibilité des PM pour cause d'instabilité psychologique et/ou de quarantaine, difficulté à rejoindre des PM bloquées dans d'autres pays européens et report d'entretiens).

Échantillonnage orienté et recrutement multicanal

Le projet prévoyait d'interviewer une trentaine de PM appartenant à des catégories considérées dans les travaux scientifiques et par les politiques de santé (OFSP, 2016a) comme particulièrement concernées par la vulnérabilité au VIH/IST : les personnes originaires de pays à haute prévalence du VIH (notamment les pays de l'Afrique subsaharienne)³, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les personnes transgenres, les personnes en situation irrégulière (communément désignées comme sans-papiers) et les personnes travailleuses du sexe (TS). Le profil des personnes à interviewer a été défini à partir des premiers résultats issus de l'enquête auprès des ACT et d'une discussion menée dans la séance 3 du groupe PARTEN.

Les PM devaient remplir les critères de sélection suivants :

- âge : être âgées de 18 ans révolus au minimum ;
- expérience de la sexualité : être sexuellement initié-e-s ;
- expérience de la migration : être des personnes primo-migrantes ;
- vie en Suisse : vivre en Suisse depuis une année au minimum ;
- statut légal et permis de séjour : en priorité, avoir un permis de séjour précaire (N, F, B) ou être en situation irrégulière.

Afin de diversifier l'échantillon, les critères suivants ont été pris en considération :

- régions linguistiques et cantons de résidence ;
- pays d'origine ;
- sexe attribué à la naissance, identité de genre, orientation sexuelle ;
- statut sérologique au VIH/IST.

Les chercheur·euse·s ont mobilisé quatre principaux canaux sociaux (réseaux d'intermédiaires) pour trouver des PM à interviewer :

1. réseau des ACT interviewé-e-s lors de l'enquête 1 ;
2. réseau des membres du groupe PARTEN ;
3. réseau des PM interviewées (échantillonnage *snowball*, particulièrement utile pour accéder à des personnes dites difficiles à atteindre) (Browne, 2005) ;
4. réseau personnel des chercheur·euse·s.

Pour faciliter le travail de recrutement, l'équipe de recherche a transmis aux personnes intermédiaires un document contenant une description synthétique de la recherche (cadre, objectifs, méthodologie, déroulement des entretiens) et des caractéristiques du profil des personnes recherchées (critères de sélection des PM).

³ « Selon l'ONUSIDA et l'OMS, un pays est réputé à haute prévalence du VIH lorsque celle-ci, dans la population générale, est supérieure à 1% dans le groupe d'âge des 15 à 45 ans. Pour éviter les variations annuelles de la définition, les rapports de l'OFSP, depuis 2018, considèrent les pays suivants comme pays à haute prévalence : tous les pays de la région de l'OMS « Afrique » (sans l'Algérie, mais y compris Djibouti, Soudan et Somalie) ainsi que la Thaïlande, le Brésil, le Suriname, la Guyane, le Belize, la Jamaïque, Haïti et la République dominicaine, les Bahamas, la Barbade et Trinité-et-Tobago. L'ajout du Brésil, par exemple, tient compte des migrants présents en Suisse » (OFSP, 2020, p. 20).

Prise de contact avec les intermédiaires

Les réseaux d'intermédiaires ont permis à l'équipe de recherche d'entrer en contact avec des personnes affiliées à diverses institutions :

- antennes régionales de l'Aide Suisse contre le Sida (ASS) ;
- associations ou autres formes d'ONGs actives dans les domaines du travail du sexe, de la communauté LGBTQI+, de l'aide aux personnes réfugiées et sans-papiers, de l'interprétariat et de certaines communautés ethniques ;
- centres d'accueil pour personnes relevant de l'asile ;
- hôpitaux.

Les chercheur·euse·s ont été confronté·e·s à plusieurs difficultés de terrain. Sur le plan du recrutement, il·elle·s ont parfois dû passer jusqu'à 5 chaînons d'intermédiaires pour arriver à entrer en contact avec une PM disposée à participer à un entretien. Il·elle·s ont particulièrement eu des difficultés à trouver des personnes appartenant aux minorités sexuelles (identité non-cisgenre et orientation sexuelle autre qu'hétérosexuelle). Ce problème d'accès faisait écho aux expériences des ACT rencontré·e·s (notamment les personnes travaillant dans des Checkpoints) qui nous ont confié avoir des difficultés à atteindre ces populations clés.

Plusieurs entretiens ont dû être annulés ou reportés : confinement dû à la pandémie de COVID-19 dans un autre pays européen (1 personne) ; désistement en raison du thème de discussion jugé trop intime (2 personnes) ; perte de contacts suite à l'expiration du permis de séjour (1 personne). La mobilité des PM et leurs vulnérabilités ont confronté l'équipe de recherche aux difficultés d'accès à cette population d'enquête.

Planification, passation et condition de déroulement des entretiens

Au total, les chercheur·euse·s ont mené **28 entretiens de type approfondi** (Beaud, 1996), **compréhensif** (Kaufmann, 2016; Ramos, 2015) et **semi-structuré** (Blanchet & Gotman, 2007) auprès de PM aux caractéristiques sociales variées (v. Annexe 3 : Tableau de présentation des personnes migrantes). Ces entretiens, basés sur un guide d'entretien préalablement conçu, se sont déroulés entre les mois de juillet et d'octobre 2020. La moitié des entretiens a eu lieu en Suisse alémanique (cantons BS, BE, LU, TG, ZH), l'autre moitié en Suisse romande (cantons FR, GE, NE, VD). Les lieux de réalisation des entretiens ont été fixés selon les préférences des personnes interviewées : dans des structures de prévention dans le domaine du VIH/IST et du travail du sexe (6 entretiens), dans des parcs publics (5 entretiens), dans des cafés (4 entretiens), au domicile de la personne interviewée (4 entretiens), dans des établissements universitaires (3 entretiens), dans des structures d'hébergement pour personnes sans domicile fixe ou relevant de l'asile (2 entretiens), dans un centre culturel (1 entretien), dans une structure d'intégration socioprofessionnelle (1 entretien), dans un salon de massage érotique (1 entretien), par visioconférence (1 entretien).

Les données sociodémographiques des personnes interviewées ont été récoltées de manière séparée, sur une fiche, avant ou après l'entretien de recherche. Les entretiens ont été réalisés en **7 langues différentes** : **français** (13 entretiens), **allemand** (3 entretiens), **anglais** (5 entretiens), **espagnol** (2 entretiens), **tigrinya** (2 entretiens), **roumain** (1 entretien), **italien** (1 entretien) et bilingue, allemand et français (1 entretien).

L'intervention d'interprètes a été nécessaire pour **5 entretiens**, afin d'assurer les traductions des entretiens en espagnol (1 entretien traduit en français et 1 entretien traduit en allemand), en tigrinya (2 entretiens traduits en français) et en roumain (1 entretien traduit en français).

Avant chaque entretien, les chercheur·euse·s ont eu un ou plusieurs contacts téléphoniques avec les volontaires. Au cours de ce(s) moment(s), il·elle·s ont expliqué le sujet de recherche, les objectifs de l'étude, le déroulement de l'entretien, les mesures de protection des données et les possibles inconvénients ou risques. Au début de chaque entretien, les chercheur·euse·s ont rappelé ces éléments et demandé le consentement oral aux participant·e·s, tout en veillant à instaurer un climat de confiance.

Pendant les entretiens, les PM interviewées ont parlé de leurs parcours, ainsi que de leurs expériences de vie positives comme négatives. Elles ont exprimé leurs sentiments (d'anxiété, de tristesse, de désarroi, mais parfois aussi de joie, de fierté, de reconnaissance) et partagé leurs points de vue. Certains entretiens ont été très émouvants, marqués par des moments de pleurs chez les personnes interviewées et d'émotions pour la chercheuse et le chercheur. Pendant ces moments sensibles, celle-ci et celui-ci ont veillé à fournir un soutien moral adéquat. Elle et il se sont soucié·e·s de savoir si les personnes concernées étaient d'accord de continuer l'entretien ou voulaient l'interrompre. À la fin de chaque entretien, la chercheuse et le chercheur ont également pris le temps de demander un retour aux participant·e·s concernant le déroulement de l'entretien. Tou·te·s ont exprimé leur satisfaction d'avoir pu parler de leur situation de vie dans un contexte bienveillant. La fin des entretiens a également été l'occasion pour les participant·e·s de poser des questions en lien avec leur permis de séjour, leurs conditions de vie en Suisse ou leur santé sexuelle. La chercheuse et le chercheur ont répondu à ces questions, ont orienté les personnes interviewées vers des structures susceptibles de leur apporter des réponses plus approfondies ou ont apporté le soutien nécessaire aux personnes plus précarisées. La chercheuse et le chercheur ont pris soin de revenir sur des éventuelles lacunes de connaissance ou connaissances erronées au sujet des IST que les participant·e·s ont pu manifester en cours d'entretien. Dans ce cas, il et elle ont orienté ces personnes vers des structures compétentes.

Grâce au consentement de tou·te·s les participant·e·s, la totalité des entretiens a pu être enregistrée. En moyenne, les entretiens ont duré 2h15 de temps et les enregistrements 1h40.

Transcription, codage et analyse

Pour transcrire, coder et analyser les 28 entretiens menés, l'équipe de recherche a adopté les mêmes principes et procédures de l'enquête 1.

2.5 Enquête 3 : des binômes entre acteur·rice·s de terrain et personnes migrantes

L'enquête de terrain focalisée sur l'intervention s'est déroulée entre les mois de décembre 2020 et juin 2021.

Un outil méthodologique novateur

En raison de la prolongation des mesures sanitaires liées à la pandémie de COVID-19, l'enquête 3 a subi des modifications par rapport à la méthodologie initiale qui prévoyait 4 focus-groups avec des ACT et des PM. L'équipe de recherche a évalué la pertinence de focus-groups en ligne et réfléchi à des méthodes alternatives. L'idée d'utiliser un outil novateur a été validée par le COPIL et le groupe PARTEN.

En tenant compte des suggestions émises par les partenaires, l'équipe de recherche a finalisé l'outil méthodologique. Celui-ci consistait à réunir, dans le cadre d'un entretien, un·e ACT et une PM, afin de co-construire des pistes concrètes d'intervention dans le domaine du VIH/IST et de la migration. Pour faciliter cette co-construction, l'équipe de recherche s'est orientée vers 6 personnes ayant déjà participé à l'enquête 1 ou 2. Elle leur a demandé de constituer un binôme avec une personne de confiance. L'idée était de réunir des personnes qui avaient déjà établi un lien de confiance pour qu'elles puissent plus facilement s'engager dans une dynamique d'échange et se sentir libre d'exprimer leur avis.

L'équipe de recherche a conçu un document qui a servi de base pour la discussion entre les deux parties :

- une vignette décrivant les conditions et les expériences de vie d'une PM en Suisse ;
- trois situations auxquelles cette personne peut être confrontée, en lien avec la prévention ou le traitement du VIH/IST ;
- des questions liées à chacune de ces situations.

Au total, l'équipe de recherche a préparé 6 vignettes différentes, à partir des résultats issus des enquêtes 1 et 2 relatifs aux difficultés rencontrées par les ACT et les PM en lien avec la prévention et le traitement du VIH/IST⁴. Une fois le binôme constitué, chaque vignette était ensuite adaptée au profil de la PM participant à l'entretien (en termes de genre, identité de genre, orientation sexuelle, origine ethnique, travail du sexe, etc.) et envoyée aux deux parties avant l'entretien.

Enfin, l'outil méthodologique spécialement conçu pour cette phase de l'enquête Mi.STI prévoyait qu'un·e chercheur·euse de l'équipe Mi.STi ne soit présent·e qu'au début de la rencontre pour récolter le consentement oral des participant·e·s et mettre à disposition le matériel pour l'enregistrement. Il·elle revenait à la fin de l'entretien pour reprendre l'enregistrement et échanger avec les deux parties sur l'expérience menée.

Test de l'outil

S'agissant d'un outil novateur, l'équipe de recherche a décidé de le tester avant de s'en servir pour récolter les données. Une personne membre du groupe PARTEN l'a testé en suivant trois phases. Dans un premier temps, la personne a soumis le canevas d'entretien à ses collègues d'équipe, ainsi que récolté et transmis leurs avis à l'équipe de recherche. Dans un deuxième temps, celle-ci a réajusté le canevas (vignette, thématiques et questions) en fonction des remarques formulées par les collègues. Dans un troisième temps, un entretien fictif a été organisé entre cette personne et une PM correspondant au profil de la vignette. Une chercheuse de l'équipe Mi.STI était présente au début et à la fin de l'entretien. Les résultats du test ont été discutés en équipe et jugés très concluants. Par ailleurs, les deux parties impliquées ont exprimé un avis très favorable sur cette approche, reconnaissant son utilité également comme outil d'intervention.

Échantillonnage orienté, recrutement et planification des entretiens

Comme pour l'enquête 2, l'échantillon est de type orienté (également appelé raisonné ou ciblé). En effet, les personnes prévues pour les binômes ont été sélectionnées en fonction des thématiques abordées.

La planification de ces entretiens n'a pas été simple. Il a fallu coordonner plusieurs agendas. De plus, un entretien a dû être annulé pour cause de maladie de COVID-19 et un autre a dû être reporté pour cause

⁴ Un exemple de vignette se trouve en pièce jointe (Annexe 4).

de mise en quarantaine. L'instabilité (sociale, économique et psychologique) des PM en période de pandémie, mais également l'indisponibilité des ACT, très sollicité·e·s en cette période, ont également joué un rôle.

Conditions de déroulement des entretiens et analyse

Les 6 entretiens ont eu lieu au printemps 2021. Ils se sont passés sur les lieux de travail des ACT et ont duré en moyenne 1h. Les entretiens se sont déroulés dans différentes langues, selon le choix des personnes participantes : en français (2), anglais (2), italien (1) et espagnol (1).

L'équipe de recherche a noté la capacité des PM à se glisser dans la peau de la personne décrite dans la vignette, ainsi que leur habilité à proposer des pistes concrètes d'intervention. Les ACT ont montré un grand intérêt pour les expériences et les opinions des PM. Conscient·e·s des inégalités de statuts entre les protagonistes, les ACT ont su créer des conditions favorables pour que tou·te·s puissent s'exprimer librement.

Au terme des entretiens, la chercheuse ou le chercheur ont veillé à récolter les avis des parties impliquées. Les retours ont été très positifs : les participant·e·s ont montré beaucoup d'intérêt à échanger sur les interventions dans le domaine du VIH/IST et de la migration. Les PM ont particulièrement apprécié le fait d'être impliquées dans cette réflexion, de se sentir écoutées et considérées. Les ACT ont salué l'utilité d'une telle démarche de réflexion, et notamment de l'outil de la vignette. Il·elle·s ont relevé qu'il n'obligeait pas la PM à parler d'elle-même ce qui est particulièrement pertinent pour les personnes confrontées à des épreuves difficiles. Deux ACT nous ont dit que cet outil pourrait être utilisé dans leur propre pratique professionnelle.

À la différence des entretiens menés dans les deux enquêtes précédentes, ceux-ci n'ont pas été retranscrits de manière intégrale. La transcription s'est limitée aux passages les plus significatifs et aux expressions dont la paraphrase aurait fait perdre la force du discours. Les autres passages ont été paraphrasés, codés par thèmes, analysés et mis en perspective avec les résultats issus des deux enquêtes précédentes.

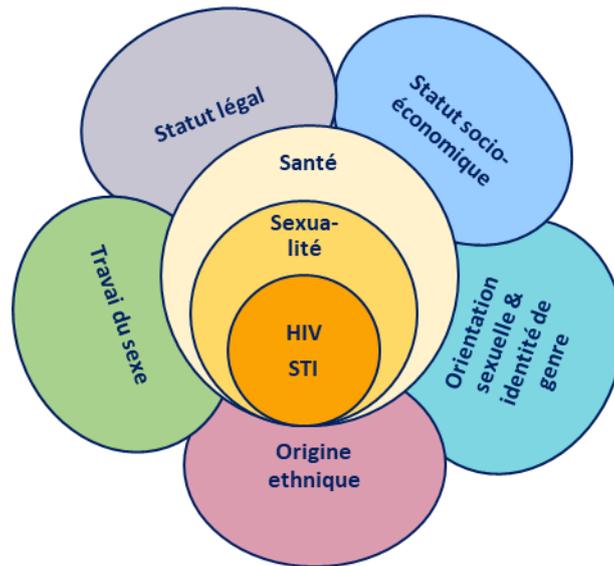
3 Statuts, identités et conditions de vie en Suisse : des vulnérabilités plurielles

3.1 Définition de la vulnérabilité

De manière générale, la vulnérabilité renvoie à la condition d'être vulnérable. Il s'agit d'une expérience humaine universelle et une condition partagée par tous les individus. La vulnérabilité désigne donc la potentialité d'être confronté-e à une blessure (*vulnus*). Elle est situationnelle, relationnelle et contextuelle et ne dépend pas seulement des éléments individuels, mais aussi et surtout du contexte social dans lequel les personnes vivent. Cela signifie que selon les expériences vécues, les trajectoires sociales, les opportunités d'accès aux ressources (économiques, médicales, institutionnelles) ou les contraintes liées au contexte socio-politique, la vulnérabilité peut s'accroître ou diminuer. En suivant cette perspective, nous estimons important de ne pas utiliser le terme de personnes – ou migrant-e-s – vulnérables mais de mettre l'accent sur les **situations de vulnérabilités**. À titre d'exemple, du point de vue sociologique, ce n'est pas le fait d'avoir une orientation sexuelle non hétérosexuelle qui rend un individu vulnérable, mais le fait que cette caractéristique est stigmatisée et induit des processus de marginalisation et de discrimination défavorables pour ce dernier⁵.

Lorsque nous parlons de **vulnérabilité au VIH/IST**, nous faisons référence à des situations où il y a un **risque d'infection au VIH/IST ou d'aggravation de l'état de santé lié au VIH/IST**. Cette vulnérabilité spécifique ne constitue qu'une des nombreuses vulnérabilités auxquelles sont confrontées les PM. Nous montrerons que souvent la vulnérabilité au VIH/IST augmente quand les autres vulnérabilités sont présentes. Ces autres vulnérabilités sont liées à des éléments socio-démographiques (genre, origine ethnique, religion, statut légal, socio-économique, situation de handicap, etc.), à des pratiques (sexuelles, religieuses, linguistiques, etc.) ou à des expériences, ainsi que caractéristiques plus personnelles. Toutes ces vulnérabilités sont situationnelles : elles viennent frapper ces personnes à un moment donné dans leurs trajectoires de vie, les exposant à des risques sociaux (stigmatisation, discrimination, disqualification, marginalisation, précarisation et exploitation) qui peuvent avoir de nombreuses conséquences sur leur santé mentale et/ou physique.

⁵ À noter que sur le plan bio-épidémiologique, le fait d'être HSH accroît la vulnérabilité au VIH, en raison de la prévalence surélevée dans les réseaux sexuels de la personne.



Ces vulnérabilités multiples se cumulent et peuvent induire des spirales de stigmatisation, de précarisation et de marginalisation. Elles exposent donc les PM à des « **discriminations intersectionnelles** » (Bilge & Roy, 2010) entendues comme des inégalités de traitements qui s’enchevêtrent⁶. Ces discriminations défavorisent les personnes qui appartiennent à des minorités religieuses, ethniques ou racisées, car, du fait des processus de stigmatisation, ces personnes sont assignées à des catégories qui sont dévalorisées. Ce ne sont donc pas seulement les caractéristiques elles-mêmes qui créent des difficultés, mais le fait qu’elles engendrent des processus sociaux (discrimination, marginalisation, etc.) qui défavorisent les personnes associées à ces caractéristiques. Il en va de même avec les dimensions sexuelles (identités non-cisgenres, orientations non-hétérosexuelles), légales (permis de séjour), médicales (VIH/IST) et professionnelles pour les personnes qui travaillent dans le domaine du travail du sexe.

D’un point de vue sociologique, les discriminations intersectionnelles se jouent à différents niveaux. Tout d’abord cela se joue au **niveau structurel** du fait des contraintes et des limitations liées aux systèmes en place (juridique, sanitaire, économique, etc.). Ensuite, ces discriminations sont liées au fonctionnement des institutions (**niveau institutionnel**) dans le domaine de la migration et de la santé. Le **niveau communautaire** est aussi concerné. Comme nous le verrons, il s’agit par exemple de traitements discriminatoires dans les communautés ethniques envers les personnes sans-papiers, les personnes LGBTQI+ et les personnes vivant avec le VIH. Il s’agit également des traitements discriminatoires des communautés LGBTQI+ ressentis par les personnes vivant avec le VIH appartenant à ces communautés. Enfin, les discriminations touchent le **niveau relationnel**. Cela concerne les discriminations qui se vivent dans différentes sphères sociales de la vie quotidienne comme le couple, la famille, le travail, etc.

⁶ Le concept d’intersectionnalité a été utilisé pour la première fois par la juriste Kimberlé Crenshaw en 1989 aux États-Unis (Crenshaw, 1989). Issu du militantisme féministe noir, il vise à montrer les entrecroisements des divers systèmes d’oppression et d’appartenances identitaires en lien avec le genre, la race, la classe, l’OSIEG, la religion, l’âge, le handicap, etc. Adopter une approche intersectionnelle revient à étudier les positions sociales occupées par les individus, en les situant dans la complexité des systèmes de domination et de leurs appartenances multiples. Pour en savoir plus sur l’origine de cette approche, nous suggérons les publications suivantes : (Bilge, 2009, 2010; Collins, 2013; Crenshaw, 1991; Hancock, 2007). Pour une application concrète de cette approche dans les domaines de la sexualité, du VIH/IST et de la santé publique, nous suggérons les lectures suivantes : (Bowleg, 2008; Bowleg, 2012; Doyal, 2009; Pachankis et al., 2017).

Le concept de discrimination permet de rendre compte non seulement du type de traitement subi (mauvais, injuste ou inégalitaire), mais aussi du motif associé au traitement, en lien avec les caractéristiques des personnes discriminées : le sexe, l'orientation sexuelle, la couleur de peau, l'appartenance ethnique et religieuse, etc. Autrement dit, le concept de discrimination permet d'appréhender les (mauvais) traitements (injustes ou inégalitaires) subis, en les plaçant dans la structure générale des relations de domination sociale. Dans bien des cas, les discriminations sont plurielles, imbriquées les unes dans les autres, en raison des différentes dimensions qui composent l'identité des personnes et des statuts qu'elles occupent.

Les différents processus (tels que stigmatisation, discrimination, disqualification, domination, marginalisation, précarisation et exploitation) auxquels les PM sont exposées du fait de leurs vulnérabilités plurielles se déploient sur un fond d'inégalités entre les cantons concernant les politiques et leur application dans les domaines de la migration, du social et de la santé. Nous apportons ci-dessous quelques exemples d'inégalités qui, comme nous le verrons, jouent un rôle dans la vulnérabilité au VIH/IST.

3.2 Vulnérabilités et inégalités d'accès aux ressources (dans les cantons suisses)

Les vulnérabilités auxquelles les PM peuvent être confrontées sont liées aux statuts légaux et socio-économiques, aux identités de genre et orientations sexuelles, aux origines ethniques ou à l'activité professionnelle. Elles dépendent des contextes socio-politiques et de l'accès aux différentes ressources. Comme nous le résumons ci-dessous, en Suisse, ces ressources varient d'un canton à l'autre :

Accès à la formation : l'accès à la formation pour les PM est organisé différemment selon les cantons ; l'octroi d'une bourse ou d'un prêt d'études aux étudiant-e-s (personnes suisses, établies et relevant du droit d'asile) est de la compétence des cantons.

Accès au travail : depuis le 1er janvier 2019, les personnes qui ont obtenu l'asile en Suisse (permis B) ou y ont été admises provisoirement (permis F), peuvent exercer une activité lucrative dépendante ou indépendante et changer d'emploi et de profession, à la condition que cette activité ait été annoncée auprès des autorités. Sous réserve de l'approbation des conditions d'engagement par les autorités cantonales compétentes, les personnes requérantes d'asile (permis N) sont autorisées à exercer une activité lucrative à compter du 4^e mois suivant le dépôt de la demande d'asile. Ceci montre que pour les personnes relevant de l'asile, l'accès au travail dépend, en partie, des décisions des autorités cantonales. Afin de garantir un certain équilibre sur le marché de l'emploi, les cantons peuvent, par exemple, limiter l'octroi des autorisations de travail pour certaines branches économiques. Par ailleurs, une étude récente menée par l'Université de Bâle montre de grandes disparités régionales quant à l'accès au marché de l'emploi des personnes requérantes d'asile (Slotwinskiy et al., 2018).

Accès au logement : l'accès au logement est géré au niveau cantonal et communal. Certains cantons, ainsi que certaines villes et communes, soutiennent les ménages dits vulnérables au moyen de prestations de conseil et d'accompagnement au logement : « Plusieurs cantons, villes et communes proposent un *soutien financier* pour participer au paiement du loyer : ils versent des allocations de logement directement à des ménages non bénéficiaires de l'aide sociale ou octroient des subventions ciblées pour les logements destinés aux ménages à faible revenu. En collaboration avec des organisations non gouvernementales, ils fournissent aussi parfois des garanties financières à l'égard des bailleurs » (Beck et al., 2018, p. 8). L'accès au logement varie donc d'un canton à l'autre.

Accès à l'aide sociale : en Suisse, les prestations d'aide sociale prévoient un forfait pour l'entretien (nourriture, vêtements, déplacements, entretien courant du ménage), la couverture des coûts de logement et de l'assurance médicale de base. Selon la Constitution Suisse, l'aide sociale doit garantir l'existence aux personnes dans le besoin, favoriser leur indépendance économique et personnelle et assurer leur intégration sociale et professionnelle. Les frais de l'aide sociale sont à la charge des cantons et des communes. Dans le domaine de l'asile, la Confédération participe à l'aide sociale attribuée aux personnes requérantes d'asile. Cependant, comme l'octroi de celle-ci est de la responsabilité des autorités cantonales, des différences de traitement peuvent exister entre un canton et l'autre. À noter également que les personnes requérantes d'asile bénéficient d'une assistance financière qui leur est spécifique, dont le montant est inférieur à celui perçu par les personnes suisses ou étrangères au bénéfice d'un permis d'établissement (Cattacin et al., 2009).

Accès à la santé : dans le domaine de la santé, le système fédéral donne à la Confédération un rôle subsidiaire par rapport aux cantons (Cattacin et al., 2009). La responsabilité des soins de santé et de prévention est laissée aux cantons (Achtermann & Berset, 2006).

Accès aux assurances de santé : les prix des primes pour l'affiliation à une caisse maladie diffèrent d'un canton à l'autre. Des subsides pour le paiement des primes sont prévus. Les cantons ont autorité pour définir les catégories de bénéficiaires, le montant des subsides et la procédure pour l'obtention de ceux-ci. Si, en principe, les personnes en situation irrégulière ont aussi droit à ces subsides, elles parviennent pourtant difficilement à faire valoir leurs droits : la lenteur et la complexité des procédures administratives constituent des barrières importantes (Cattacin et al., 2009). À noter également que les personnes entrées en Suisse par la loi sur l'asile n'ont pas le droit de choisir elles-mêmes à quelle caisse maladie elles souhaitent s'affilier, (Cattacin et al., 2009), ce qui peut restreindre le type de prestations auquel elles ont droit.

Accès aux soins de santé pour les personnes non affiliées à une caisse maladie : pour ces personnes, dont font partie les personnes sans-papiers, des offres spécifiques dites à bas seuil ont été créées dans les années 2000. Pour commencer dans les cantons romands tels que Genève (1996), Vaud (1999) et Fribourg (2003), puis dans des villes de Suisse alémanique comme Zürich (2006) ou Berne (2007). Dans ces structures, la consultation d'un médecin généraliste ou d'un·e infirmier·ère est gratuite. L'hôpital public est tenu d'accepter et de traiter toute personne, indépendamment de son statut légal, pour toute intervention. Néanmoins, les prestations sont réduites aux prestations d'urgence (ce qui est interprété de manière différente selon les contextes et les professionnel·le-s de santé) pour les personnes sans assurance médicale ou figurant sur les listes noires. Introduites en 2012, celles-ci recensent les personnes assurées qui ne paient pas leurs primes malgré les poursuites. Leur base juridique est définie dans l'art. 64a al. 7 LAMal.

Cependant, les offres de ces structures à bas seuil changent d'un canton à l'autre et ne couvrent pas le traitement médical pour les personnes vivant avec le VIH, trop coûteux pour ce type d'institution. Ces personnes sont alors orientées vers d'autres structures, notamment hospitalières. Dans ce cas, il est à relever que, par crainte de dénonciation auprès des autorités, le risque de non présentation de leur part est accru.

3.3 Statuts légaux et accès limité au logement, au travail et à la santé en Suisse

La **vulnérabilité juridique** se rapporte au statut légal des PM en Suisse et concerne les personnes qui ont des permis de séjour précaires ou qui n'en ont pas. Nombre de PM qui fréquentent les institutions de rattachement des ACT interviewé-e-s ont des **statuts légaux précaires, liés aux lois fédérales** :

- La LAsi (Loi sur l'asile) : personnes requérantes d'asile (permis N), personnes admises à titre provisoire (permis F), personnes à protéger (permis S, permis B humanitaire), personnes réfugiées si l'asile est accepté (permis B)⁷ ;
- L'ALCP (Accord sur la libre circulation des personnes Suisse-UE/AELE) : personnes détentrices d'un permis dit des 90 jours ;
- La LEI (Loi fédérale sur les étrangers et l'intégration) : personnes ayant un permis B accordé aux réfugiés statutaires et aux permis F sous conditions ; plus rarement personnes ayant un permis C.

D'autres PM, dites sans-papiers, n'ont **pas de statut légal**. Il s'agit de personnes qui séjournent en Suisse sans autorisation de séjour valable. Aux profils très variés, elles se trouvent en situation irrégulière pour différentes raisons, comme en cas de⁸ :

- entrée illégale en Suisse (sans visa, ni permis, ni soumission de demande d'asile) ;
- non-entrée en matière (NEM) lors de la demande d'asile : les autorités n'examinent pas les demandes d'asile des personnes qui ont déjà entamé la procédure dans d'autres pays européens (cas dits Dublin) ;
- refus de la demande d'asile (personnes requérantes d'asile dites déboutées) ;
- perte de l'autorisation de séjour car les conditions ne sont plus remplies (par exemple, à la suite d'un divorce)⁹ .

Ces statuts légaux précaires, voire l'absence de statut légal, placent les PM en situation de grande insécurité. De plus, en cas de contrôle de police ou de dénonciation à la police des étrangers, ils les exposent au risque d'expulsion du territoire suisse. La vulnérabilité juridique confronte les PM à une série de difficultés touchant à différents domaines de leur vie quotidienne en Suisse, en termes d'accès au logement, au travail ou encore aux soins de santé. Ces difficultés révèlent les inégalités qui les frappent en comparaison aux personnes suisses ou établies en Suisse (permis C).

Toutes les PM rencontrées relèvent l'importance cruciale d'avoir un permis de séjour en Suisse. Elles vont jusqu'à en faire une question existentielle, comme l'exprime cette personne : « *Les papiers c'est tellement important. Vous pouvez choisir, vous pouvez travailler, c'est un moyen de travailler, c'est un moyen aussi de trouver votre fierté, c'est un moyen d'exister en fait. Sans-papiers tu n'existes pas, en fait* ».

De l'octroi d'un permis de séjour découle la possibilité de trouver un **logement**. Pour les personnes requérantes d'asile, admises à titre provisoire, réfugiées ou déboutées de l'asile, celle-ci se limite aux

⁷ Ces permis ont des durées variables. Le permis N dure tant que la procédure d'asile est en cours, le permis F dure tant que l'exécution du renvoi est considérée inexigible, illicite et impossible, le permis B est un permis annuel renouvelable, sauf révocation de l'asile.

⁸ Pour plus d'informations, voir la Commission fédérale des migrations (CFM) : <https://www.ekm.admin.ch/ekm/fr/home/zuwanderung---aufenthalt/sanspapiers.html>

⁹ Pour les conditions, voir : <https://www.ch.ch/fr/droit-de-sejour-apres-divorce-deces/>

centres d'hébergement. Pour des personnes plus avancées dans le processus d'intégration, le logement se fait principalement dans des foyers collectifs, des abris de protection civile ou des appartements. Les conditions d'hébergement (dans des bunkers, sous-sol, etc.) et de vie dans les centres sont décrites comme éprouvantes par toutes les PM entrées en Suisse par la LAsi que nous avons rencontrées, et ce pour plusieurs raisons. La promiscuité affecte leur intimité et, comme nous le verrons dans le sous-chapitre suivant consacré à l'imbrication des vulnérabilités, cela peut exposer les personnes appartenant aux minorités sexuelles à différentes formes de stigmatisation et de discrimination. Le manque d'espace et de liberté ressenti affecte l'autonomie des personnes. Les foyers d'hébergement étant éloignés des centres urbains, les personnes migrantes se sentent marginalisées et, comme elles nous l'ont confié, isolées.

Ces conditions de vie, associées aux restrictions qui frappent les personnes relevant de l'asile quant à l'accès à la formation et au travail, impactent leur santé mentale.

Nous [mère et fils] sommes restés 2 ans et demi presque dans une chambre, juste dans une chambre, dans un petit village sans personne, vraiment sans personne. Nous ne pouvons jamais, jamais parler avec une personne. Oui, je pense que c'est naturel, un garçon déprime, n'est-ce pas ? C'était à la fin de ses 16 ans et il ne pouvait pas aller à l'école... Permis N, pas d'école, pas de cours d'allemand, jamais. Tu as juste le droit de t'asseoir dans une petite chambre. (PM, traduit de l'allemand)

Les personnes sans permis de séjour vivent dans des conditions encore plus précaires, que ce soit dans des foyers d'hébergements pour personnes sans domicile fixe (SDF), dans des maisons abandonnées, voire dans des caves ou chez des connaissances. Il s'agit de personnes très itinérantes, c'est-à-dire en mouvement d'un canton à l'autre, quand ce n'est d'un pays à l'autre. Elles se déplacent en fonction des opportunités de logement qui se présentent à elles.

Après ils voulaient m'amener à [nom d'une ville], dans un bunker. Mais moi j'ai dit non, non, non... moi je voulais pas et là donc c'est depuis 2012 que j'ai quitté l'asile... je me suis dit 'ok, je vais me débrouiller'. [...] sincèrement je suis parti de là et je ne savais même pas où aller dormir... j'avais rien. Je me suis dit 'c'est une nouvelle aventure qui commence'. J'ai eu la chance, je connaissais un Suisse, il avait un local, dans une cave, donc j'ai commencé à aller dormir dans les caves... on avait des bidons comme ça [il indique une gourde sur la table] pour pisser au cas où... (PM)

Dès qu'elles basculent en situation d'illégalité, ces personnes apprennent à vivre dans la discrétion. Cela, car ce qu'elles appréhendent par-dessus tout c'est d'être repérées par les autorités judiciaires : « *Quand je suis arrivé avec un statut illégal, j'ai essayé de faire très attention à mon apparence physique, aux habits que je portais... C'est une chose à laquelle tu fais attention pour ne pas attirer l'attention des autorités, de la police...* ». Ces situations peuvent durer des années. Deux personnes que nous avons rencontrées vivent en Suisse en situation illégale depuis plus de 10 ans.

L'**accès au travail** des personnes sans permis de séjour est limité et augmente leur précarité. Certaines d'entre elles font état des rejets des employeur·euse·s à leur égard.

I'm really looking for a job. But they discriminate me. They discriminate me, ask if I'm legal here. I'm illegal here. Even if I want to go, I want to work, anything I can do, what I'm looking... even outside, I can do cleaning. I can do, but when they ask me, I'm illegal here. (PM)

Ces personnes ne peuvent compter que sur des travaux au noir, ce qui les expose à la précarisation et à l'exploitation, que ce soit dans leurs communautés d'origine ou dans d'autres milieux.

Int. : Il te proposait 10, la moitié, parce que tu es sans-papiers ?

Ouais. J'ai dit 'non, je viens pas'. Mais tu vois la méchanceté des Africains ! [...] Tu vois la méchanceté des Africains, parce qu'ils veulent... ici surtout quand ils voient que tu n'as pas de papiers, il y a tout le monde qui profite de toi. Ils te proposent du travail, mais ils vont te payer comme ça... (PM)

Néanmoins, toutes les personnes relevant de l'asile décrivent les difficultés qu'elles rencontrent sur le marché du travail du fait des restrictions qui leur sont imposées et de la précarité de leur permis de séjour. Par ailleurs, les personnes au bénéfice d'un permis B relèvent à quel point la crise sanitaire en lien avec la pandémie de COVID-19 a rendu leur permis encore plus précaire. La difficulté à trouver du travail met les personnes titulaires de ce permis sous pression, car selon la Loi sur les étrangers, l'autonomie financière fait partie des critères d'octroi d'une autorisation de séjour (art. 84, al. 5 LEI).

De temps en temps ils me demandaient vous êtes combien d'années en Suisse ? J'ai permis B, mais ils ont pas accepté. Deux ou trois refus pour moi, de travail. Ça fait soucis. Ils refusent parce que c'est limité, permis B. C'est limité pour une année, après il faut refaire. [...] Et puis, là-bas, la police cantonale il m'a dit si je travaille pas il va pas changer. C'est ça le problème. Il va pas me donner encore permis B. C'est la dernière fois il m'a dit : 'Si tu trouves pas travail, on va pas donner'. Mais j'ai cherché, j'ai cherché, maintenant il n'y a rien travail. (PM)

Outre les questions de logement, les personnes relevant de l'asile sont également frappées de restrictions pour ce qui est de l'**accès aux soins**. Elles ne peuvent pas choisir la caisse maladie à laquelle elles souhaitent s'affilier. En effet, elles sont soumises à un contrat collectif d'affiliation conclu entre la structure dans laquelle elles résident et la caisse maladie favorisée par celle-ci. Par conséquent, elles ne peuvent pas choisir leurs médecins traitants, mais doivent se référer aux médecins prévus dans le cadre du foyer d'hébergement.

La problématique de l'accès aux soins est perçue avec beaucoup de stress et d'inquiétudes par les personnes vivant en Suisse sans permis de séjour.

J'y pense. J'y pense, parce que l'être humain n'est pas un robot, tu peux être malade à tout moment, ça peut être grave ou pas grave, mais quand le grave arrive et que t'as pas d'assurance, comment tu fais ? Les services médicaux peuvent te prendre en charge, mais si tu es quelqu'un d'illégal dans le pays, qu'est-ce que ça peut engendrer après ton hospitalisation ? Tout ça, c'est des questions que je me pose... (PM)

Les formes de discrimination auxquelles sont exposées les PM ayant un permis de séjour précaire ou sans permis **sont plurielles**. Nous l'avons vu, certaines discriminations sont structurelles, puisqu'elles s'inscrivent dans les lois sur la migration notamment dans le domaine de l'asile et qu'elles sont exercées par les institutions en charge de l'encadrement de ces personnes. Elles concernent les inégalités d'accès au logement, à la formation, au travail et aux soins. Elles sont vécues comme des discriminations par les personnes rencontrées. Parfois, ces discriminations sont exercées sans base légale, comme dans ce cas rapporté par un jeune entré en Suisse par la LAsi :

Il y a des patrons de bars ou discothèques comme ça. À l'entrée, ils demandent le permis de séjour. Donc, si tu as le B tu peux entrer, si tu as le F tu peux pas entrer. Une fois j'ai même

été plus loin pour parler avec le patron d'un bar qui me dit que les gens avec permis F font toujours des conneries. Ils bagarrent tout le temps. (PM)

D'autres discriminations s'inscrivent dans les relations que les personnes rencontrées ont avec la population générale ou avec les membres de leurs communautés d'origine. Les personnes concernées nous parlent d'isolement et de rejet, à la fois social et affectif. Par exemple, elles estiment avoir plus de difficultés à rencontrer des partenaires sexuel-le-s. Selon leurs expériences, du fait de leurs statuts légaux précaires, les autres personnes rentrent moins facilement en relation avec elles. Elles nous racontent également subir le rejet des personnes issues des mêmes communautés d'origine qu'elles :

Depuis que je suis là, je n'ai jamais dragué une fille africaine, parce que c'est compliqué. Les filles africaines, elles te posent tout de suite la question des papiers... donc, ça, déjà, j'aime pas qu'on me pose la question. [...] le problème c'est que les gens de la communauté, si tu n'as pas de papiers, ils te regardent même pas. Ils pensent pas que tu es un être humain [...] il y a beaucoup beaucoup de sans-papiers qui n'approchent pas les Africains qui ont les papiers, parce que il y a la discrimination, ils les discriminent. (PM)

Enfin, la vulnérabilité juridique a un impact sur la **santé mentale** des personnes concernées. Cela a été relevé autant par les ACT que par les PM elles-mêmes. Celles-ci insistent sur le fait que la précarité des permis de séjour, voire l'absence de permis, est source de « stress », d'« anxiété », d'« inquiétude », de « soucis » et/ou de « peurs ». Les craintes d'un renvoi pèsent lourd sur leur santé mentale.

Je suis arrivée en Suisse avec un visa genre tourisme, mais comme il y avait déjà ma mère ici, j'ai eu le même permis que ma mère. Elle a eu un permis F et moi aussi j'ai un permis F et ça s'est passé comme ça [...] On est limité à faire certaines choses ou à travailler ou bien des choses comme ça. Et tout ça moi je l'ai vécu avec beaucoup de stress, parce que je me dis que je suis pas là en Suisse pour de bon quoi. Un jour ou un autre ils peuvent dire que vous devez retourner chez vous. C'est ça qui est dans la tête, qui stresse. (PM)

3.4 Statuts socio-économiques et précarité

La très grande majorité des PM que nous avons rencontrées occupent des **statuts socio-économiques très précaires** en Suisse. Hormis 4 personnes qui travaillent dans le domaine du travail du sexe, aucune d'entre elles n'exerçait un emploi déclaré au moment de l'entretien. Les revenus avec lesquels les personnes interviewées déclarent vivre sont (très) faibles (v. Annexe 3). La plupart de ces revenus provient de l'aide sociale (11 personnes) et de l'aide d'urgence (2 personnes), ainsi que de petits travaux effectués au noir (6).

Sincèrement des fois tu es là et tu n'as rien rien rien rien du tout. On te voit, on sait même pas que ça va pas, parce que les gens disent que j'ai toujours le sourire... mais ces trois mois-là c'était les pires, pires, pires moments de ma vie. Parce que je me rappelle qu'une fois j'avais 10 francs et j'ai fait une semaine avec 10 francs. Non, ça je peux pas oublier... même ma fille, des fois je lui raconte, pour lui montrer qu'ils ont la chance... ça je peux pas oublier... j'allais à la Migros, c'était une baguette de pain, il y a une baguette à la Migros à 1 franc 30 et donc ça je mangeais sur deux jours. [...] Sincèrement, moi la faim je l'ai connue ici... (PM)

Cette précarité rend les personnes concernées dépendantes des structures et dispositifs d'urgence. Elles doivent alors se résigner à se rendre dans les endroits où il y a des distributions gratuites de repas et de vêtements. Elles peuvent également avoir besoin de recourir à de bons d'achats distribués par des œuvres

d'entraide, afin de se procurer des vivres.

[En pleurs] t'as pas le choix... il y a les factures à payer. Je dois payer la télévision et la radio, 345 et j'avais 300 cette semaine... mais je dois aussi manger ! C'est compliqué ! [...] Heureusement que [nom d'une œuvre caritative] m'a beaucoup aidée, m'a donné des bons et m'aide encore. Des bons de 10 francs et je peux aller acheter des légumes, des choses à manger et même des bons de la Migros. Donc j'ai pas eu des difficultés pour manger... (PM)

La difficulté d'accéder à des salaires permettant de subvenir aux besoins fondamentaux en Suisse n'empêche pas les PM d'envoyer de l'argent dans leur pays d'origine. En effet, les **attentes d'envoi d'argent au pays** de la part des familles, phénomène désigné avec le terme de « rémittences »¹⁰, est une pression supplémentaire, qui peut grever les budgets, déjà maigres. L'envoi d'argent est souvent perçu par la famille d'origine comme allant de soi indépendamment des réelles ressources dont disposent les PM. Selon une ACT rencontrée, les personnes travaillant dans le domaine du travail du sexe sont fortement soumises aux attentes de rémittences.

Alors, il y en a aussi certaines qui sont mariées, ça on doit pas l'oublier, par exemple surtout chez les Roms. Elles sont mariées et leurs maris savent ce qu'elles font ici. Et ils les envoient ici. [...] par exemple une femme nigériane, c'était il y a quelque temps, que c'est sorti, toute sa famille attendait d'elle, qu'elle envoie de l'argent et travaille ici. Et si elle rentrait, elle serait exclue comme si c'était un échec. (ACT, traduit de l'allemand)

Du côté des PM rencontrées, les attentes de rémittences sont évoquées et vécues comme des attentes auxquelles elles ne peuvent moralement pas se soustraire.

Quand tu arrives [en Afrique], ils s'attendent quelque chose de toi, que tu n'as pas. Mais eux, ils sont convaincus que tu as et que tu veux pas donner. [...] Quand tu arrives quelqu'un te demande qu'est-ce que tu as à lui donner. Si tu donnes, tu es intégré dans la famille, tu es le bienvenu. Mais quand tu as les mains vides et le cœur rempli, il faut même pas ouvrir, il faut encore refermer ce qui est rempli dans ton cœur, parce que ça sert à rien. (PM)

La (grande) précarité socio-économique dans laquelle vivent la plupart des personnes rencontrées restreint leur accès au **logement**, quand la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 ne vient pas les priver d'un logement.

C'est le chaos. Où j'habitais avant, pendant ces trois semaines, moi j'avais pas l'argent pour payer et ils m'ont foutue à la porte. Comme ça je suis venue ici. La dame qui a cet appartement, moi je sais qu'elle attend l'argent, elle attend que je la paie, mais moi je sais pas comment je vais faire. (PM)

En raison de leur grande précarité socio-économique, une part des personnes n'a pas les moyens financiers suffisamment importants pour s'assurer une (bonne) couverture médicale. Elles ne sont par exemple pas en mesure de payer les primes mensuelles de l'assurance maladie. Plusieurs personnes nous confient même renoncer aux soins qu'elles considèrent trop onéreux en Suisse. Parmi elles, les personnes plus itinérantes profitent de se faire soigner ailleurs en Europe. : « *Moi si j'ai mal quelque part je vais en [nom d'un pays européen où elle réside]... et si je peux pas, je supporte la douleur. C'est tout. C'est dur...* ».

D'autres personnes renoncent simplement à se faire soigner :

¹⁰ Pour un approfondissement sur les rémittences des personnes migrantes en Suisse, voir la publication de Henchoz, Poglià Miletì et Coste (2020).

Par exemple, une fois je me suis coupé le doigt... je me suis arraché un morceau de peau, ça saignait beaucoup... et moi je savais que si j'allais voir le médecin pour traiter que c'était minimum 400 francs... 100 déjà la consultation, le soin minimum 500. Alors ce que j'ai fait c'est que j'ai mis du sel, j'ai mis un pansement et j'ai attendu que ça s'arrête de saigner. Je me suis soigné avec ça. J'ai passé trois heures avec les doigts gonflés avec des pulsions super fortes... [...] Et là j'ai sauvé 500 francs plus ou moins. (PM)

Enfin, vivre en Suisse avec très peu de moyens financiers peut exposer les personnes à des **relations abusives** caractérisées par de fortes asymétries économiques. Cela peut se traduire par exemple par des **relations d'entretien** où la personne entretenue s'engage dans des **transactions sexuelles**¹¹ avec celle qui pourvoit à ses besoins économiques. Les rapports sexuels sont alors échangés contre un logement, de l'argent ou le paiement de factures. Comme nous l'ont précisé certains ACT, il peut s'agir du paiement de l'assurance maladie.

Les PM qui ont un emploi occupent souvent des postes précaires dans des domaines peu rémunérés (services à la clientèle, contrats à durée déterminée, pas de contrat si pas de permis de travail, etc.). Quand les PM ne sont pas encore en situation de (grande) précarité financière, elles risquent donc de tomber dans la pauvreté à cause de ces mauvaises conditions de travail. C'est le cas pour une part importante de personnes qui fréquentent les institutions concernées par cette enquête, notamment les structures à bas seuil.

La précarité économique dans laquelle vit une partie importante des PM rend également plus difficile leur **accès aux soins**. Nombreuses sont celles qui ne sont pas affiliées à une caisse maladie, car elles n'ont pas les moyens financiers pour payer les primes ou qui ont des arriérés de paiement de primes ou de participation aux coûts (quote-part), ce qui les confronte au risque de résiliation du contrat d'assurance de la part de la caisse maladie. En cas de rupture de contrat, l'affiliation à une autre caisse maladie peut s'avérer difficile, notamment pour les personnes résidant dans les cantons qui pratiquent les listes d'assuré-e-s en défaut de paiement¹². Pour les personnes ayant souscrit un contrat avec des franchises élevées, afin de payer de primes mensuelles moins onéreuses, les situations de renoncement aux soins sont également évoquées par les ACT interviewé-e-s.

3.5 Identités de genre et orientations sexuelles minoritaires

La vulnérabilité dont il est question ici concerne les personnes qui s'auto-identifient dans des orientations sexuelles identités et expressions de genre (OSIEG) minoritaires, c'est-à-dire non-hétérosexuelles et non-cisgenres. Dans notre échantillon, il s'agit de deux hommes homosexuels cisgenres, deux femmes transgenres attirées affectivement et sexuellement par des hommes, un homme transgenre attiré par les femmes et les hommes, une personne queer attirée par les hommes.

¹¹ La notion de transaction sexuelle est entendue ici comme toute expérience d'ordre sexuel associée à un échange financier, matériel et/ou symbolique (Broqua & Deschamps, 2014, p. 12). Pour un approfondissement de cette pratique, nous suggérons les publications de Combessie et Mayer (Combessie & Mayer, 2013) et de Carbajal, Colombo et Tadorian (Carbajal et al., 2019).

¹² Selon les données mises à disposition par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), il s'agirait des cantons d'Argovie, Lucerne, Tessin, Thurgovie et Zoug (<https://www.gdk-cds.ch/fr/assurance-maladie/primes-impayees/arrieres-de-primes>).

Si toute personne ayant une OSIEG minoritaire est exposée au risque d'être discriminée et marginalisée, les PM, notamment celles arrivées en Suisse par la LAsi, le sont davantage. En effet, la **loi** ne mentionne **pas explicitement l'OSIEG** parmi les **motifs d'asile** :

« Sont des réfugiés les personnes qui, dans leur État d'origine ou dans le pays de leur dernière résidence, sont exposées à de sérieux préjudices ou craignent à juste titre de l'être en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social déterminé ou de leurs opinions politiques » (LAsi, Art. 3, al.1).

Si la **procédure d'asile** est **éprouvante** pour toute personne requérante (auditions, délais de réponse, insécurité juridique dans un contexte où la personne ne maîtrise pas la langue locale), elle l'est encore davantage pour les PM LGBTQI+ qui doivent nommer leur OSIEG. Ceci, alors même qu'une bonne partie d'entre elles ont précisément appris à la taire et à la rendre invisible, afin d'éviter d'être persécutées dans leur pays.

Enfin, comme on le verra ci-après, les **conditions de logement** dans des hébergements collectifs exposent les PM au risque d'être discriminées, autant de la part des autres personnes résidentes que du personnel d'encadrement.

Au-delà des expériences vécues dans le contexte de la procédure d'asile, les personnes qui s'identifient dans des OSIEG minoritaires disent ressentir une forte pression à la cis-normativité dans les différentes sphères sociales dans lesquelles elles évoluent (familles, école, travail, communautés ethniques, etc.). Que ce soit dans leur pays d'origine ou en Suisse, elles confient avoir été victimes d'insultes, d'injures, de harcèlement et d'agressions physiques.

Les discriminations et persécutions subies dans le **pays d'origine** varient d'une personne à l'autre. Elles peuvent être d'intensité variable et différent selon le contexte de vie (ville, village, campagne). Néanmoins, les personnes appartenant aux minorités de genre (transgenres et queer) rapportent plus de discriminations vécues que les deux hommes homosexuels. Cela à l'exception d'une femme transgenre originaire d'un pays de l'Asie qui nous a dit que son identité de genre était « *bien acceptée* » dans son pays. Les discriminations prennent la forme d'injures, de moqueries, de harcèlement, d'agressions physiques, de rejets, de outing (révélation publique par une tierce personne) et ont lieu dans le cadre familial, scolaire, professionnel ou encore dans des espaces publics divers (rue, parcs, cafés, etc.). Un jeune homosexuel nous raconte le harcèlement dont il a été victime à l'école :

Dans ma tête c'était tout mélangé, tu sais, au début, quand j'étais petit. Mais depuis petit je savais que j'étais gay et donc c'était un peu difficile pour moi, parce que je parlais jamais avec personne d'autre. Et à l'école c'était terrible, tu sais, parce que je suis né dans une petite ville et donc les années avant, c'était très difficile pour les personnes gays, des choses comme ça... Donc, ça me faisait peur d'aller à l'école, parce que c'était le bullying. (PM)

Une femme transgenre nous décrit le climat transphobe dans lequel elle a grandi. Elle a été victime de harcèlement et d'agressions physiques, y compris dans sa communauté d'origine. Ces événements l'ont amenée à quitter sa famille à l'âge de 16 ans.

Where I come, it is a violent community. Violence, murder... there is a lot of things going on there. [...] In my community, there is a lot of transphobia. The last time I was in [name of a city] and I was cross-dressing and I went back home, they said to my mum that I should leave. [...] My first time going out, I was nervous... I just talked like a girl, because if they find out that I'm not a woman, it could be detrimental, I'm telling you. The slightest clue they have

you are not a woman, they could mob you and you could die! [...] they were talking that they were ambushing me, set me a blazing and stuff. (PM)

Une autre personne qui s'identifie comme queer, victime de violence en raison de son OSIEG, a été emprisonnée pour des actes de militantisme dans le domaine LGBTQI+. Dans le cadre de sa détention, elle a été victime d'agressions.

J'ai discuté beaucoup avec les militants et parfois j'ai eu des attaques dans la prison... il y a eu un mec qui m'a attaqué physiquement. Et je me sentais mal. Après je suis allé dans une cellule seul. Je suis resté là-bas 5 mois et totalement je suis resté en prison deux ans... (PM)

En Suisse, si les hommes homosexuels rencontrés ne rapportent pas d'expériences de discriminations vécues, les personnes ayant une identité non-cisgenre nous confient avoir été victimes d'insultes, d'injures, de harcèlement, d'agressions physiques et de rejets dans plusieurs sphères de leur vie quotidienne : à l'école, au travail, dans l'espace public et dans les centres d'hébergement pour les personnes issues de l'asile.

Ces discriminations découlent des représentations stéréotypées relatives à la féminité, la masculinité, les sexualités non-cisgenres et non-hétérosexuelles.

Here I know just one person. And this person is like trans, but I don't have contact with this persons also. Because of they think, if you are a trans man, you must love women. Or you are trans woman, you must like men only. And when I talk about, you know, I don't like only women, I can like men. 'Oh you are not a trans person, ok, ciao'. (PM)

Parmi les différentes formes de discrimination vécues en Suisse, les personnes ayant une identité de genre non-cis mentionnent les agressions verbales sous forme d'injures et d'insultes. Cela peut se produire dans différents espaces. Parmi les plus évoqués il y a : les foyers d'hébergement pour les personnes relevant de l'asile, l'école, les magasins, les moyens de transport et la rue. Cette personne qui s'identifie comme queer décrit une agression dont elle a été victime lors d'un déplacement en transport public :

Moi je fais perform queer, art queer, je sors en soirée et je me maquille, je m'habille un peu différent et par exemple je suis sorti-e dans un club et le matin pour prendre le train et rentrer chez moi, je vois deux ou trois mecs qui ont regardé moi et ont crié sur moi 'pédé, nanana'. Et quand j'ai regardé, ils ont fait [montre le geste du fuck] et tu vois... plein de choses... j'ai pris le tram et dans le tram il y a un mec qui m'a regardé et m'a dit 'je vais te casser la figure', tu vois ? (PM)

Mais les discriminations peuvent se passer de mots et se jouer dans le regard que les personnes non-cisgenres perçoivent sur elles, voire prendre la forme d'agressions physiques. Une personne transgenre nous a décrit une agression physique dont elle a été victime lors d'une rencontre sexuelle. Les autres épisodes qui nous ont été confiés se sont passés dans la rue :

That guy was still chasing me until he started chocking me. He was drunk. He started chocking me and my eyes were literally getting red. That guy was big and I am so small and he's chocking me... you wanna kill me, you want to kill me. I said 'let me go, let go me!'. He didn't want to let me go. [...] he could have killed me, because he was chocking me, and my breath was literally stopping, my eyes were red... and nobody came to help me, no one. (PM)

Quant au sentiment de sécurité en Suisse, si les personnes homosexuelles disent se sentir en sécurité, il n'en va pas de même pour les personnes non-cisgenres. Une personne qui s'identifie comme queer nous

raconte comment s'est terminée une intervention de police au cours d'une agression dont elle a été victime :

À la fin, la police ils ont regardé mon permis et je ne sais pas ils ont écrit un rapport, et ils m'ont dit 'ok, tu peux rentrer chez toi'. Et moi j'ai dit 'Vous avez fait quoi, maintenant ? Je n'ai pas compris... vous avez fait un rapport ? 'Nous avons juste écrit qu'il y a eu un problème pour toi. Et si tu veux, tu peux aller chez un médecin, à l'hôpital et tu peux prendre ton rapport de médecin et tu peux venir au commissariat de police' [...] Et je ne crois pas que la police suisse comprend l'identité sexuelle. La police aussi c'est homophobe, transphobe... (PM)

Enfin, les conditions d'hébergement dans des foyers collectifs pour personnes requérantes d'asile ou réfugiées sont particulièrement difficiles pour les personnes qui s'identifient en tant qu'homosexuelles, queer ou transgenres. Une ACT interviewée rapporte le cas d'une personne victime de maltraitance : « On avait un jeune qui était d'ailleurs réfugié et lui c'était une catastrophe parce qu'il était maltraité dans les centres de requérants d'asile donc c'était [une association LGBT] qui l'avait hébergé quelques temps pour qu'il se fasse pas maltraiter ».

Sachant qu'une part importante des personnes requérantes d'asile est issue de pays qui condamnent les OSIEG non hétéro-cis, les personnes LGBTQI+ peuvent être victimes de violences verbales et physiques de la part des autres résident·e·s. Les personnes qui s'identifient dans des OSIEG minoritaires que nous avons rencontrées relèvent également le manque de sensibilisation du personnel aux questions LGBTQI+. Elles témoignent d'injures, d'insultes et d'agressions autant de la part d'autres personnes résidant dans ces structures que du personnel d'encadrement.

3.6 Origines ethniques et discriminations raciales

La vulnérabilité en lien avec la race/l'origine ethnique renvoie aux discriminations dont les personnes rencontrées peuvent se sentir victimes en raison du fait qu'on les associe à une catégorie raciale et/ou ethnique. Il s'agit de traitements différentiels, perçus comme défavorables et illégitimes, que ce soit au regard de la loi (traitements illégaux) ou de la société (traitements considérés comme socialement inacceptables).

Si les ACT interviewé·e·s ont très peu thématiqué les discriminations associées à une catégorie raciale ou ethnique, elles reviennent de manière récurrente dans les récits des PM. Les personnes originaires de pays de l'Afrique subsaharienne sont davantage confrontées à cette vulnérabilité. Elles évoquent les rapports de pouvoir défavorables dans lesquels elles se trouvent face aux personnes qu'elles considèrent comme blanches :

Je sais déjà que je suis noir... parce que moi j'arrête pas de dire aux gens 'c'est nous qui sommes venus, donc on doit faire avec'. Parce que des fois on sait qu'ils ne nous aiment pas. Mais tu vas faire quoi ? Il faut faire avec... [...] il y a des gens qui ont la chance de... parce que sincèrement, les amis Suisses, parfois je leur dis : 'Vous ne savez pas la chance que vous avez d'être blancs'. (PM)

Ces personnes relèvent toutes les formes de **racisme anti-noir** dont elles se sentent victimes. Elles évoquent des **insultes**, des **injures**, des **moqueries**, des actes de **dénigrement** et de **rabaissement**. La plupart de ces mauvais traitements s'expriment en termes raciaux et consistent à dévaloriser la couleur de peau de l'autre en prétendant qu'elle le·a rend « sale ».

J'ai reçu beaucoup d'insultes, trop ! Une fois j'ai presque frappé quelqu'un dans un bus. Moi j'étais dans le bus et il y avait une petite fille qui me regardait et moi je lui ai souri. On se regardait et on se souriait. Sa maman, quand elle a vu ça, elle a commencé à crier : 'Sale nègre, laisse ma fille tranquille !'. Dans le bus il y avait plein d'étrangers et tout le monde a commencé à l'imiter à dire 'nègre, nègre'. Moi j'ai dit : 'Maintenant je vais appeler la police'. Et elle, elle a dit : 'Moi je vais appeler la police...'. C'est moche, c'est vraiment moche... (PM)

Si l'insulte « *sale nègre* » revient souvent dans les récits des personnes originaires de l'Afrique subsaharienne que nous avons rencontrées, d'autres formes de racisme renvoient à ce qu'elles sont supposées être (ou ne pas être), en fonction de stéréotypes associées aux personnes noires auxquels peuvent adhérer certaines personnes non racisées. Par exemple, les PM interviewées relèvent l'association entre des attributs issus du monde animal et la catégorie de personnes venant d'Afrique : « *Une fois je me suis faite traitée de singe par une Algérienne. Elle me disait 'les noirs ils ressemblent à des singes... [...] Elle m'a dit 'les noirs ils ressemblent aux singes, rentre chez toi'* ». La couleur de peau renvoie à une altérité désignée en termes raciaux qui permet de justifier la prise de distance sociale ou les processus de stigmatisation, de marginalisation et de rejet. Les personnes noires n'étant « *pas d'ici* », les phrases du type « *t'es pas chez toi* » sont communes et justifient les injonctions du type « *rentre chez toi* ». Enfin, l'association avec des comportements ou des profils stéréotypés (« *tous des dealers* ») a aussi été relevée.

Du point de vue des PM rencontrées, les discriminations raciales se manifestent sous la forme de traitements différentiels, perçus comme défavorables, injustifiés ou disproportionnés. Par exemple, plusieurs personnes mentionnent avoir été interdites d'accès à des établissements publics :

J'ai fait une soirée, une fois, mais bon, j'ai compris que c'était peut-être ma couleur de peau aussi qui a fait, parce qu'on est allé dans une discothèque, un ami m'a invité, on est arrivé et on nous a refusé d'entrer. [...] Devant nous, il y a des gens, des Blancs qui sont arrivés et ils sont entrés, alors qu'à nous, on nous a refusé l'accès. Et ça aussi, je l'ai très mal vécu. Je me suis dit 'c'est pas normal, c'est pas normal'. Quand on a accès, tout le monde doit avoir accès, à moins que ça soit... en tout cas, moi j'ai vécu ça comme de la discrimination... (PM)

Si ces discriminations raciales ont lieu principalement dans l'espace public, d'autres sphères sociales plus fermées peuvent donner lieu à des traitements perçus comme différentiels, par exemple au sein de la sphère professionnelle de la part de collègues : « *Elle, c'était la plus raciste. Elle était responsable du personnel, donc elle me faisait jeter les poubelles et tous les mauvais travaux, elle me donnait à moi. Au niveau des horaires aussi, elle me mettait le soir, exprès, des choses comme ça* ».

Comme dans les autres sphères, les discriminations peuvent également se manifester sous la forme d'insultes. C'est le cas pour cette personne travailleuse du sexe qui, pendant ses 3 années de mariage, avait cessé de se prostituer et avait trouvé un autre travail dans le domaine du care :

J'ai trouvé un travail, mais j'aimais pas, parce que moi ces personnes ne m'aimaient pas... moi je m'occupais de la mère. Avec elle, ça allait, mais les filles ne m'aimaient pas. Elles voulaient pas de moi. Elles lui demandaient toujours : 'mais c'est qui ? pourquoi t'as pris celle-ci ?'. Moi j'entendais des moqueries, j'entendais qu'elles disaient 'nègre', des choses comme ça et ça me dérangeait. (PM)

Ou encore, sous la forme de moqueries :

Une fois il [le patron] m'a dit 'va amener tout ça à la décharge des métaux'. Je suis allé, je suis revenu sur le chantier et il m'a dit 'ça a été ?' et moi j'ai dit 'oui', mais j'avais observé, quand je suis arrivé à la décharge, il y avait le gaillard qui rigolait comme ça et le patron m'a dit 'oui, j'ai appelé pour les prévenir qu'il y a un Noir qui vient. Mais tu sais, le gaillard il m'a dit 'est-ce qu'il mange la tête de nègre ?'. (PM)

Enfin, les discriminations raciales/ethniques peuvent également prendre la forme de **difficultés d'accès au travail et au logement**, notamment pour les personnes relevant de l'asile ou sans permis de séjour. Elles peuvent également toucher les personnes travailleuses du sexe qui se situent de fait à l'intersection de plusieurs vulnérabilités. En revanche, à l'exception d'une PM, aucune interviewée n'a dit avoir subi de la discrimination raciale dans la sphère médicale. En effet, cette première PM rapporte qu'un médecin l'a mise en garde contre le fait d'avoir des rapports sexuels non protégés avec des personnes originaires de l'Afrique subsaharienne. Elle a interprété ces propos comme une forme de racisme :

Ça, c'était choquant pour moi, j'ai entendu un médecin à l'hôpital, elle était Africaine aussi, et elle m'a dit [...] Et le sida qui vient d'Afrique, c'est très dangereux. Et les gens qui viennent de là-bas, il y a beaucoup de gens qui ont le sida. [...] Et elle m'a dit 'ne fais pas de sexe sans préservatif avec les gens Africains'. Tu vois ? Moi j'étais choqué. C'est un médecin qui travaille avec les personnes migrantes, elle est noire, elle vient d'Afrique et elle, elle dit ça ! (PM)

3.7 Les difficultés spécifiques du travail du sexe

Les 5 personnes que nous avons rencontrées et qui travaillent dans le domaine du travail du sexe sont confrontées à des situations de vulnérabilité spécifiques. Celles-ci les exposent notamment à l'isolement, la stigmatisation et la discrimination. Elles nous disent n'avoir ni famille, ni ami-e-s en Suisse, en dehors de quelques collègues de travail. Leurs propos détonnent en comparaison aux discours des autres PM interviewées qui décrivent leur réseau social à la fois comme plus dense et plus diversifié. Les sphères sociales qu'elles investissent se trouvent dans leur pays d'origine ou ailleurs en Europe où elles ont obtenu un permis de résidence. Contrairement aux relations qu'elles entretiennent sur le territoire suisse, ces relations hors frontières ne comprennent pas des personnes qui travaillent dans le domaine du travail du sexe.

Les ACT qui côtoient des personnes travailleuses du sexe les décrivent comme **plus isolées**, que ce soit de leurs compatriotes ou de la population générale. La plupart du temps, leurs contacts sociaux se limitent à la sphère du travail et sont très restreints avec la population locale : « *Je pense que de toute façon elles sont ici et elles font que de travailler, elles ont pas forcément... une vie sociale, elles ont pas d'ami-e-s, elles ont que ce métier-là qu'elles savent qu'elles ne vont pas faire toute leur vie. Donc elles ne créent pas une sorte de vie ici* ».

Les rapports que les personnes travailleuses du sexe entretiennent entre elles peuvent prendre différentes formes. C'est ce qui ressort du point de vue exprimé par les ACT rencontré-e-s, mais également des expériences décrites par les personnes travailleuses du sexe elles-mêmes. Contacts sporadiques, relations cordiales, rapports distants, ou de concurrence, solidarité et rivalité sont autant de formes que ces rapports peuvent prendre.

Deux ACT interviewées évoquent des **rapports difficiles entre suissesses et migrantes**, découlant de la **concurrence** dans le domaine du travail du sexe et des conditions de précarité économique dans lesquelles

certaines personnes travailleuses du sexe vivent. Cela pousse ces dernières à accepter des « *pratiques beaucoup plus hard* », ce qui à son tour les expose à la désapprobation de leurs collègues.

Comme il y a beaucoup de concurrence entre elles, il y a pas toujours beaucoup d'entraide. Il y a aussi l'histoire que les migrantes cassent les prix. [...] donc après certaines femmes se retrouvent obligées à accepter des prestations beaucoup plus hard, parce que sinon elles ont pas de clients. C'est la stigmatisation des paires, il y a beaucoup ce truc 'ouais mais elle, elle fait n'importe quoi, elle accepte tout...' [...] Et puis elles sont pas tendres entre les suissesses et les migrantes. (ACT)

Le travail dans le domaine du travail du sexe peut exposer les personnes concernées à la **stigmatisation** et à la **discrimination**. Celles-ci peuvent prendre différentes formes. En effet, ces mauvais traitements peuvent être infligés par des individus que les personnes travailleuses du sexe croisent dans la rue ou des autres espaces publics qu'elles fréquentent ou par la clientèle ou les bailleur·eresse·s. Trois femmes nous parlent des injures et insultes dont elles sont victimes lorsqu'elles sont identifiées en tant que travailleuses du sexe :

Ça arrive beaucoup que les gens me traitent mal. Ils me disent beaucoup de choses mal. Ils me disent 'pute', ' salope'... Ils sont méchants, beaucoup. [...] par exemple, ça peut arriver qu'on se retrouve là-bas, avec les filles, tranquilles, on rigole, on s'amuse, et tout à coup il y a 2 ou 3 garçons qui viennent et qui commencent ' salope', 'tu baises', 'tu es une pourriture', voilà... au début tu ignores, puis quand ça insiste, c'est normal que tu exploses. (PM)

Si ces insultes et injures peuvent être proférées par des femmes ou des hommes, les trois femmes concernées les attribuent spécialement aux hommes, qu'elles identifient comme des « *étrangers* » : « *c'est pas des Suisses. Les Suisses parlent pas comme ça. Ils sont plus polis* ».

L'homme travailleur sexuel rencontré ne thématise pas ce type d'agressions verbales. De son côté, la quatrième femme interviewée nous explique que, si elle n'a jamais été insultée dans la rue ou des autres espaces publics, c'est parce qu'elle soigne son image, afin de ne pas passer pour une travailleuse du sexe :

Moi je sors aussi très soignée, très tranquille, très discrète... mais j'ai déjà croisé des filles et je me suis dite 'celle-là, elle le fait'. Mais moi, quand je sors, je pense que les gens doivent se dire celle-ci est une étudiante. Moi je m'habille discrètement, je ne me maquille pas, et pas avec ces choses synthétiques... si tu mets ça et beaucoup de maquillage, du rouge, les autres vont te remarquer. Ça dépend donc beaucoup de l'image que tu transmets, de comment tu es et comment tu te comportes. (PM)

Selon une ACT interviewée qui est spécialisée dans le domaine du travail du sexe, la stigmatisation dont les personnes travailleuses du sexe sont victimes vient exacerber les vulnérabilités que celles-ci cumulent : (grande) précarité économique, réseau de socialisation très restreint, rapports parfois conflictuels dans le milieu, niveau de scolarisation particulièrement faible et risques de relations d'exploitation. Dans ce domaine, la stigmatisation fonctionne comme catalyseur de ces multiples vulnérabilités.

Qu'est-ce qui rend les femmes si vulnérables ? D'une part, la situation dans laquelle elles sont et aussi leurs ressources qu'elles amènent, ou le manque de ressources, le manque de stratégies. Mais la plus grande partie je trouve, c'est comme un catalyseur de cette vulnérabilité, c'est notre stigmatisation. Et elles subissent une superposition de stigmatisations de la part de la société : travail du sexe, femme, étrangère, migrante,

mauvaise formation, pas de langue. Ce sont des blocs, ce sont ça, des blocs de béton. (ACT, traduit de l'allemand)

Toutes les 5 personnes interviewées disent avoir fait l'objet d'**insultes** et d'**injures** de la part de clients. Trois femmes disent avoir été victimes d'**agressions physiques**. Cela arrive notamment quand les clients sont sous l'effet de l'alcool ou d'autres substances psychoactives, qu'ils réclament un rapport sexuel sans préservatif et/ou qu'ils ne sont pas satisfaits de la prestation. Une femme nous explique :

Il y a beaucoup de clients dangereux. Ils sont soûls, ils boivent, ils sont bourrés, drogués. Ils viennent au salon et puis c'est normal qu'ils arrivent pas à jouir. Et après ils se fâchent et disent 'maintenant tu me rends l'argent'. C'est difficile, hein. [...] Et après ils deviennent très violents. (PM)

La consommation de drogues (notamment de cocaïne) en situation de rapports sexuels tarifés est une pratique qui, selon une travailleuse du sexe rencontrée, advient avec une certaine récurrence. Cela peut exposer les personnes travailleuses du sexe à un risque de dépendance.

Les clients consomment beaucoup de drogue, trop, spécialement ici, en Suisse. Je te jure, en [nom d'un autre pays européen] je n'ai jamais vu un client qui vient, qui sort sa drogue et qui se tire une ligne devant toi... seulement ici j'ai vu ça, mais beaucoup, beaucoup... [...] Ce boulot, c'est pas facile, c'est pas facile, vraiment. Il faut être vraiment forte, il faut être dure pour faire ce travail... si tu es faible, tu y arrives pas. [...] Moi je vois, j'ai une amie qui est arrivée ici et elle a commencé à tirer de la drogue. Les clients ils prennent, ils te disent de goûter, ils t'offrent : 'take, just one line, try'. (PM)

Les femmes qui exercent ou ont exercé le travail du sexe **dans la rue** sont davantage exposées au risque de subir des agressions verbales, physiques et sexuelles de la part de clients. Cela tient au fait que les rapports tarifés ont lieu dans les voitures des clients, dans la nature ou dans d'autres lieux publics isolés. Cela restreint l'accès des personnes travailleuses du sexe à des aides immédiates en cas de problèmes. Parmi les personnes que nous avons interviewées, la femme qui a la plus longue expérience de travail dans la rue est également celle qui a subi plus de violences. Plusieurs fois, elle a été menacée avec des armes (pistolets et couteaux) ou a reçu des coups et des gifles. Elle a aussi été déshabillée et volée. Enfin, elle a été abusée sexuellement et violée.

Une femme nous explique également comment certains clients proches sur le plan ethnique utilisent cette proximité pour lui mettre la pression et revendiquer des prestations à moindres coûts.

Les clients qui parlent espagnol, c'est pas que des Espagnols de l'Espagne, ils sont aussi [nom de son pays d'origine en Amérique latine]. Ils disent 'mais écoute, on parle la même langue, tu pourrais me faire encore ça et ça'... ils sont un peu manipulateurs... Mais moi, je connais déjà et je sais comment gérer la situation [...] Ils veulent payer moins, alors que les Suisses te paient ce qu'on a négocié et s'ils veulent quelque chose de plus, ils paient plus. (PM)

L'homme travailleur du sexe dit ne pas avoir subi de violences physiques de la part de clients, mais nous confie avoir eu des problèmes avec une bailleresse qui l'a menacé et agressé physiquement :

Et ici en Suisse j'ai aussi eu un problème avec une femme chez qui j'ai travaillé. Je devais rester dans cet appartement pour 2 semaines, mais le dernier jour de la première semaine, elle a commencé à boire et elle était ensuite complètement saoule. Et alors elle a dit 'j'ouvre la porte seulement pour les clients. Et elle m'a alors empêché de travailler et m'a menacé et m'a dit qu'elle me paie pas et me tape. (PM, traduit de l'allemand)

4 La vulnérabilité au VIH/IST

4.1 La définition de la vulnérabilité au VIH/IST

Dans le domaine du VIH/IST, l'OFSP s'est doté d'un cadre pour la planification des actions préventives auprès des « personnes migrantes vulnérables ». Il s'agit du « Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST – Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ » (cadre MV) (OFSP, 2016a) dont les objectifs principaux sont exprimés en ces termes :

1. « Sensibilisation aux droits dans le domaine de la sexualité : Les personnes migrantes vulnérables connaissent leurs droits dans le domaine de la sexualité et sont à même de les exercer ».
2. « Prévention primaire du VIH et des IST : Le risque de transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) diminue chez les personnes migrantes vulnérables ».
3. « Conseil, diagnostic et traitement : Le VIH et les autres IST sont dépistés et traités à un stade précoce chez les personnes migrantes vulnérables ».
4. « Mise en place de conditions durables : Le travail accompli dans le domaine du VIH et des IST a un impact durable sur les personnes migrantes vulnérables parce qu'il mise sur la participation des groupes cibles, qu'il repose sur des preuves scientifiques et qu'il est soutenu par l'ensemble de la population ».

Le cadre MV fait également la distinction entre des « facteurs de vulnérabilité primaire au VIH et aux IST » et des « facteurs de vulnérabilité renforcée au VIH et aux IST ». Parmi les premiers sont mentionnés : « la forte prévalence du VIH et autres IST dans le pays d'origine, l'activité de travailleur·euse du sexe, l'appartenance au groupe des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, l'appartenance au groupe des personnes transgenres, la consommation de drogues par injection, le séjour illégal ou précaire en Suisse ».

Dans ce cadre, les « facteurs de vulnérabilité renforcée au VIH et aux IST » consistent en : « les difficultés de compréhension d'ordre linguistique, les influences culturelles et religieuses portant atteinte au comportement en matière de protection, la précarité sociale et économique, le niveau de formation élémentaire peu élevé, l'isolement social et émotionnel, la grossesse non désirée, les expériences de violence, les mutilations génitales féminines (MGF), la traite d'êtres humains, le séjour dans des établissements d'incarcération et d'exécution de peines, la consommation problématique d'alcool et/ou de drogues synthétiques et/ou de cocaïne, l'incertitude quant aux prestations de santé dans le domaine de l'asile ».

Comme nous le verrons, beaucoup de ces facteurs apparaissent dans l'analyse que nous présentons ici. Toutefois, étant donné que Mi.STI est une enquête qualitative menée par des sociologues, ils sont exprimés différemment. D'emblée, précisons que telle que nous la concevons, la **vulnérabilité au VIH/IST** a deux dimensions. Premièrement, elle concerne l'exposition au **risque de contracter le VIH/IST**. Si toute personne peut y être confrontée, les PM sont encore plus à risque du fait de leur statut dans le pays d'accueil (statut légal, genre, classe, origine ethnique), de leurs identités (de genre, sexuelle, culturelle, religieuse) et de leurs trajectoires de vie comme de leurs expériences (migratoires et sexuelles). À cela s'ajoutent encore des dimensions bio-épidémiologiques comme la prévalence du VIH/IST dans les pays d'origine, les communautés et les réseaux sexuels, ainsi que les statuts sérologiques des partenaires sexuel·le·s. Nos résultats montrent que ces éléments créent des contextes, des situations et des relations qui exposent davantage les PM au risque d'infection.

Deuxièmement, pour les personnes déjà infectées par le VIH/IST, la vulnérabilité à celui-ci est liée au **risque d'aggravation de l'état de santé**. Cela se produit notamment quand les personnes rencontrent des difficultés d'accès aux soins. Si toute personne peut rencontrer des difficultés d'accès aux soins par manque de ressources (manque d'informations, manque de ressources économiques pour payer l'affiliation à une caisse maladie ou les soins), nos résultats montrent que certaines PM sont particulièrement exposées à ce risque. Ceci, en raison de leur situation socio-économique précaire, de leur statut légal, de leur manque de connaissances linguistiques ou de leur absence de compréhension du fonctionnement du système de santé local. Les représentations du VIH/IST et de la sexualité jouent aussi un rôle, car cela les empêche parfois de s'approcher des centres de santé, tant dans leur pays d'origine qu'en Suisse.

Décrire les situations de vulnérabilité au VIH/IST et analyser les **processus** de vulnérabilisation plutôt qu'identifier les groupes ou individus considérés comme étant à risque permet de proposer une analyse plus fine et réaliste des expériences vécues par les PM¹³. Cela fait écho au principe heuristique préconisé par le sociologue Howard Becker (Becker, 2002) qui consiste à « voir les gens comme des activités » (Becker, 2002, p. 86) et à centrer l'analyse sur les situations dans lesquelles de telles activités ont lieu.

Plusieurs pratiques peuvent exposer à un risque accru d'infection au VIH/IST, dont des rapports sexuels sans préservatif, l'échange de seringues non stériles ou l'utilisation de matériel non stérile lors des MGF. L'analyse porte ici uniquement sur les rapports sexuels, voies de transmission courantes et au sujet desquelles autant les ACT que les PM interviewé·e·s se sont davantage exprimé·e·s.

Dans un premier temps, nous allons commencer par rendre compte des pratiques qui consistent à avoir des rapports sexuels sans préservatif, telles qu'elles ont été décrites par les ACT et les PM rencontré·e·s.

Dans un deuxième temps, nous restituerons les pratiques par rapport aux tests de dépistage du VIH/IST. Et pour cause ne pas se faire dépister après un rapport sexuel sans préservatif peut, en cas de contamination, amener à la pose d'un diagnostic dit tardif.

Dans un troisième temps, nous rendrons compte de deux pratiques consistant à la prise de traitements médicaux. La première est la Prophylaxie post Exposition (PEP), une intervention préventive d'urgence à base de médicaments antiviraux. En empêchant le virus de s'installer dans le corps, elle permet de réduire le risque d'une éventuelle infection au VIH. Le traitement doit être pris le plus tôt possible après le rapport dit à risque : en effet, quarante-huit heures après, son potentiel d'efficacité est déjà quasi nul. Le traitement dure quatre semaines. La deuxième pratique médicale est la Prophylaxie pré-exposition (PrEP) qui, au même titre que le préservatif, est une mesure préventive permettant aux personnes séronégatives au VIH de se protéger face à un risque potentiel d'infection. Elle se présente sous la forme d'un traitement médical à base d'antirétroviraux à prendre de manière continue (prise quotidienne) ou à la demande.

Enfin, nous restituerons les difficultés d'accès aux traitements et aux soins que certaines PM peuvent rencontrer. Nous nous baserons sur les expériences décrites par nos interlocuteur·rice·s, qu'il s'agisse des PM ou des ACT qui interviennent dans le domaine du VIH/IST et de la migration.

¹³ Signalons que dans le domaine du VIH/IST, la notion de vulnérabilité est utilisée depuis 1990 par l'OMS pour identifier les facteurs structurels qui influencent les risques d'exposition au virus, soulignant l'importance de saisir non seulement les comportements à risques, mais aussi les conditions et facteurs qui déterminent ces derniers.

4.2 Rapports sexuels sans préservatif

L'utilisation du préservatif dans le cadre de rapports sexuels est conditionnée par les connaissances que les PM ont du VIH/IST, notamment ses voies de transmission et les mesures de protection. Plusieurs ACT rencontré·e·s mettent en garde contre toute généralisation, à savoir le fait de considérer que toutes les PM, en raison de leur condition de migrantes, auraient les mêmes connaissances. En effet, les connaissances varient d'une personne à l'autre, en fonction notamment de son degré de formation, de son lieu de vie au pays (ville ou campagne), de son pays d'origine et des expériences vécues, y compris pendant le voyage. Par exemple, les personnes qui viennent de pays où l'hépatite B est très présente ou celles qui viennent d'une grande ville ou encore celles qui ont vécu une expérience de VIH par le biais d'un·e membre de leur famille sont mieux informées sur le VIH/IST.

En dépit de ces différences, selon le point de vue des ACT interviewé·e·s, une tendance semble émerger : les PM ont une **bonne connaissance** à la fois du **VIH**, de ses **voies de transmission** et du **préservatif comme moyen de protection**. Peuvent faire exception quelques jeunes hommes et femmes, notamment des mineur·e·s non accompagné·e·s (MNA) qui n'ont pas encore eu leur premier rapport sexuel. Il en va autrement pour les **autres IST** qui, du point de vue des ACT, sont encore **largement méconnues par les PM**, à l'exception des milieux HSH et travail du sexe où les personnes sont tout autant renseignées sur ce plan que sur celui du VIH.

Les autres IST méconnues

Les considérations des ACT, selon lesquelles les PM ne connaissent pas les IST autres que le VIH, trouvent une résonance chez les PM interviewées. Toutes ont **déjà entendu parler du VIH et du sida**, que ce soit dans leur pays d'origine, dans les éventuels pays tiers où elles ont vécu ou en Suisse. Elles savent que le VIH se transmet par voie sexuelle. Plusieurs personnes mentionnent également la voie sanguine, notamment à travers le partage d'instruments coupants infectés ou de seringues dans le cadre de consommation de drogues. Enfin, quelques personnes évoquent la voie verticale, c'est-à-dire la transmission lors de l'accouchement ou de l'allaitement au sein. Parmi les modes de protection du VIH, toutes les PM rencontrées mentionnent que l'utilisation du préservatif lors de rapports sexuels avec pénétration préserve de la transmission du virus.

Quant aux **autres IST**, les PM que nous avons rencontrées nous confient avoir des **connaissances très limitées**. Plusieurs personnes disent savoir qu'elles existent, mais ne pas en connaître le nom : « *Ich weiss nicht der Name, weiss nicht* ». Quelques personnes avouent en ignorer l'existence : « *Ich wusste das nicht. Ich habe erst jetzt gehört* »; « *Non, ça j'ai jamais entendu parler* ».

Les personnes qui savent citer quelques IST admettent ne pas en avoir des connaissances approfondies, ni au sujet des symptômes, ni à propos des possibles traitements.

Un truc... je ne sais pas... je n'ai plus le nom, mais on dit qu'elle est sexuellement transmissible, mais de ce côté je ne suis pas... mais je sais qu'il y a en Afrique des maladies sexuellement transmissibles que tout le monde a peur d'avoir. Le sida et puis... je sais pas, j'ai oublié, c'est un nom bizarre. (PM)

Comme pour le VIH, les PM qui paraissent le plus informées sont celles qui ont une formation dans le domaine de la santé ou qui s'identifient dans une OSIEG non-hétéro-cis ou encore qui ont déjà eu des IST. Les connaissances des personnes travailleuses du sexe sont variées. Par exemple, une des femmes que nous avons rencontrées cite le nom de deux IST (syphilis et hépatite) et nous confie ne pas en savoir plus.

D'autres PM ont acquis davantage de connaissances grâce au travail de prévention effectué par les ONGs actives dans ce domaine. Ces divergences dépendent de plusieurs dimensions, comme le niveau de connaissances linguistiques, le degré d'éducation, le temps passé en Suisse et la socialisation à la santé sexuelle dans le pays d'origine.

Les représentations du préservatif et du VIH/IST

Si les PM sont relativement bien informées sur les risques liés notamment au VIH et connaissent le préservatif comme moyen de protection, certaines représentations qu'elles ont au sujet du préservatif et de la maladie sont très éloignées des connaissances scientifiques existantes. Dans de rares cas, les ACT rencontré·e·s font également mention de **croyances au sujet du préservatif** qui contredisent les connaissances médicales. Comme par exemple celle qui voudrait qu'il se casse et reste dans le vagin ou celle qui prétend que le préservatif contiendrait des médicaments empêchant d'avoir des enfants. Il en va de même au sujet de certaines **représentations du VIH**. Quelques ACT rapportent que les PM estiment parfois que le VIH, la plus redoutée des IST, n'existe plus en Suisse. Cette négation ou banalisation du VIH procéderait donc d'un **manque de connaissances sur l'état de l'épidémie en Suisse**.

Ces pistes explicatives ne trouvent pas écho dans les récits des PM rencontrées. Si par rapport à leur vécu dans le pays d'origine, celles-ci estiment que la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est moins forte en Suisse, **la peur d'une infection est fréquente et importante**.

I fear it. I make sex and I see the condom broken and I'm telling you, I'm so depressed. I would not live with something like this... it is not easy. I have a friend living with it and the way she tells me about, 'hey girl, please, I don't want you to catch this thing'. It makes me so angry, so miserable... everything. So I'm scared about it. Yeah. (PM)

La peur exprimée par toutes les PM rencontrées tient au fait que, de leur point de vue, même en Europe la stigmatisation du VIH reste forte dans deux sphères sociales : la sphère des partenaires sexuel·le·s (indépendamment de leur OSIEG) et la sphère des communautés d'origine. Dans le domaine de la sexualité et de l'affectivité, les PM craignent qu'en cas de séropositivité au VIH, les partenaires refusent d'avoir des rapports sexuels avec elles, ce qui à son tour entraverait la construction d'une relation intime.

C'est une maladie qui fait peur. Tout le monde a peur. Même s'il y a des traitements, ça fait peur, parce que c'est une maladie particulière. [...] Si tu dis à quelqu'un j'ai le VIH/sida, si la personne entend ça, ça va lui faire peur, parce qu'on guérit pas et parce que ça se transmet. Si tu as le VIH/sida, c'est la maladie la plus dure au monde, parce que moi je peux rencontrer une fille qui dit qu'elle est diabétique et je peux coucher avec elle. Je risque rien. Mais si moi je suis séropositif, elle va pas coucher avec moi. Elle va pas accepter. (PM)

Quand elles parlent de leurs communautés d'origine en Suisse, les PM interviewées évoquent plusieurs formes de réactions négatives auxquelles les personnes vivant avec le VIH peuvent être confrontées. Celles-ci vont du « *comméragé* » au « *rejet* » et de la « *trahison* » à l'« *isolement* ». Ces réactions amèneraient les personnes vivant avec le VIH à cacher leur séropositivité.

Almost, people I know in [his country of origin] and here, first of all they used to hide the secret. They don't want to inform the family, the friends, the community. Of course, they have the reason, because people will neglect them. People will reject them and due to this, people hide themselves... They will be isolated. That's why this culture, still even I live here, there is still such kind of cultural background and traditional influences. (PM)

La prise de risque liée aux rapports sexuels sans préservatif

Ainsi, si de manière générale les informations sur le VIH sont connues par les PM, cela n'exclut pas des prises de risque. C'est notamment le cas quand celles-ci ont des **rapports sexuels sans préservatif** avec des partenaires dont le statut sérologique n'est pas connu et qui ne sont ni sous PrEP, si séronégatif·ive·s, ni sous traitement antirétroviral (ARV), si séropositif·ive·s. Les risques encourus dépendent de plusieurs éléments : le type de rapports sexuels et les caractéristiques sexuelles et sociales des partenaires (sexe anal, vaginal, oral, actif/passif, entre hommes et femmes, entre hommes, entre femmes, impliquant des personnes transgenres, des personnes en provenance de pays à forte prévalence de VIH/IST, etc.), la fréquence de ces rapports et le nombre de partenaires sexuel·le·s.

Mais la prise de risque varie aussi selon les contextes relationnels au sein desquels adviennent les rapports sexuels sans préservatif (relations stables/occasionnelles, relations exclusives ou pas). La négociation du préservatif est plus difficile dans le cadre de **relations abusives**, caractérisées par une **forte asymétrie** (en termes de statut juridique, condition socio-économique, formation, statut professionnel) entre les partenaires. Ces situations, qui reviennent avec récurrence autant dans les interviews avec les ACT que les PM, montrent que ces dernières se situent à **l'intersection de formes plurielles de domination**, comme celles **en lien avec le genre, le statut légal ou l'origine ethnique**.

Le **cadre moral** dans lequel ont lieu les rapports sexuels sans préservatif joue également un rôle. Le fait que l'on n'utilise pas de préservatif lors des rapports sexuels tient à la **représentation morale et sociale que les partenaires sexuel·le·s se font de certaines formes de sexualité**. C'est par exemple le cas de rapports sexuels entre hommes et femmes avant le mariage, ainsi que de rapports sexuels entre hommes. Ces normes sexuelles (auxquelles les PM adhèrent plus ou moins selon le cas) amènent les personnes concernées à avoir des pratiques sexuelles plus cachées. Cela rend plus difficile la négociation du préservatif et amène aussi à contourner certaines pratiques qui peuvent être considérées comme non conformes à la morale. Cela peut aussi conduire à en adopter d'autres, qui du point de vue médical, sont plus risquées, comme par exemple, les rapports sexuels anaux entre hommes et femmes qui ont lieu sans préservatif et dans le dessein de préserver la virginité des femmes.

Le rapport qu'une personne entretient avec le risque, ainsi que l'engagement dans des pratiques à risque varient au cours de la vie et en fonction de la trajectoire sexuelle. Ils évoluent en fonction des expériences sexuelles vécues par les PM et des représentations qu'elles se forment au sujet du VIH/IST. Par exemple, si lors des premières expériences sexuelles, celles-ci pensent que le VIH est cantonné à certaines catégories de personnes (comme les utilisateur·rice·s de drogues par injection, les HSH ou les travailleur·euse·s du sexe), elles seront moins vigilantes lors de rapports sexuels avec des personnes qui ne rentrent pas dans ces catégories. En effet, l'adoption de pratiques préventives avec tout·e partenaire dont le statut sérologique au VIH est inconnu passe nécessairement par la déconstruction de ces idées reçues.

Tu vois une belle femme et tu penses qu'elle est en bonne santé, parce qu'on voit rien sur son physique... tu te fais des stéréotypes à travers les films, la télé, la culture, la société... [...] il y a des Africains, ou des gens de la rue, qui sont un peu sales, ou des gens qui sont un peu drogués... là il y a le sida. Ça c'est l'image que j'avais mis dans la tête : que c'est des gens avec qui il faut faire gaffe. Mais après quand tu as une certaine expérience de la vie, tu sais que non, que c'est partout. Tu prends conscience que le sida est une maladie qui ne connaît pas les classes sociales, qui ne connaît pas la couleur de la peau, qui ne connaît pas les situations économiques... (PM)

Selon les ACT interviewé·e·s, les PM avec lesquelles il·elle·s sont en contact connaissent le préservatif et leur disent que, de manière générale, elles en font usage. Néanmoins, les PM leur confient également avoir des rapports sexuels sans préservatif. D'après leur point de vue, ces pratiques ont lieu indépendamment de l'âge, de l'origine, de l'OSIEG des PM, ainsi que des types de rapports sexuels. Elles ont également lieu dans différents types de relations : rapports sexuels entre partenaires, entre une personne travailleuse du sexe et la clientèle, sous la contrainte, etc.

Les récits de ces ACT correspondent aux expériences décrites par les PM rencontrées. Si celles-ci disent connaître et utiliser le préservatif, toutes nous confient avoir eu au moins un rapport sexuel sans préservatif au cours de leur vie sexuelle. Cela arrive aussi bien chez les personnes qui s'identifient comme hétéro-cis-normatives que chez celles qui s'identifient comme queer, transgenres ou homosexuelles et qui disent être attirées uniquement par des hommes ou par des hommes et des femmes.

Nous rendons compte ci-dessous des contextes relationnels dans lesquels ont lieux les rapports sexuels sans préservatif. Cela nous permet de rendre compte des significations données à ces pratiques. Nous présentons de manière séparée la non utilisation du préservatif chez les personnes hétérosexuelles et cisgenres ; chez les hommes homosexuels, transgenres et queer ; chez les personnes travailleuses du sexe. Si nous les distinguons dans cette partie de l'analyse, c'est parce que ces personnes sont confrontées à différents types de vulnérabilités qui ont à leur tour des effets différents sur la vulnérabilité au VIH/IST.

4.2.1 Non utilisation du préservatif chez les personnes hétérosexuelles cisgenres

Les ACT estiment que la grande majorité des rapports sexuels des PM hétérosexuelles cisgenres sont de type vaginal. Cependant quelques interlocuteur·rice·s évoquent également des **rapports sexuels anaux**, notamment chez les jeunes. Ces rapports sexuels anaux semblent advenir dans des relations entre partenaires appartenant aux **mêmes réseaux ethniques**. Ils révèlent souvent une **répartition inégale du pouvoir**, puisque l'homme en serait davantage l'initiateur. Ces types de rapports matérialisent également la **norme sexuelle de la virginité** à laquelle les filles ont été socialisées dans leur pays d'origine. En effet, il est davantage attendu des filles qu'elles restent vierges jusqu'au mariage.

La non utilisation du préservatif lors de ces rapports sexuels anaux entre jeunes hommes et femmes révèle un **manque de connaissances au sujet des voies de transmission du VIH/IST**. Les partenaires se préoccupent de préserver la virginité de la femme, cela notamment dans le dessein d'éviter une grossesse. Partant de là, les partenaires peuvent penser, à tort, qu'ils sont également protégés contre le risque d'infection au VIH/IST:

Il y a eu des personnes de Somalie ou certains pays arabes, dans les pays musulmans surtout, où la femme doit rester vierge au mariage aussi. Et ça pourrait être le cas avec la Syrie ou d'autres pays comme ça. Mais en fait c'est pour ça que dans la discussion, quand je détaille, c'était difficile justement pour les interprètes de traduire. J'avais dit que c'est important de parler du rapport anal parce que souvent, ils croient qu'il n'y a pas de risque [d'infection au VIH] comme ça. J'ai eu des discussions dans ce sens où ils disaient 'oui mais la femme tombe pas enceinte'. (ACT)

Quant aux **rapports sexuels vaginaux** sans préservatif entre personnes cisgenres et hétérosexuelles, ils ont lieu dans différents contextes relationnels. Il importe d'en tenir compte pour la prévention. Nous les présentons ci-dessous.

La confiance entre partenaires

La vigilance face aux risques sexuels est diminuée dans des contextes relationnels où les PM considèrent connaître leurs partenaires sexuel-le-s et avec lequel-le-s elles **se sentent en confiance**. Cela car il-elle-s appartiennent à la même communauté, ont fréquenté la même école ou habitent depuis longtemps dans le même quartier. Une ACT interviewée nous explique : « *Ils nous disent : 'non, mais elle je la connais, c'est quelqu'un de ma communauté' ou 'c'est une fille qui va pas avec d'autres' ».*

Ce sentiment de **confiance** contribue au fait qu'aucun-e des deux partenaires ne se sent légitime de demander à l'autre partenaire s'il-elle a effectué un test de dépistage VIH/IST, ni de discuter de la possibilité d'en faire un. La relation de couple s'établit et se consolide dans le temps, ce qui se traduit par l'abandon du préservatif, sans test de dépistage préalable, exposant les partenaires au risque de contracter le VIH/IST.

Ces considérations trouvent écho dans les propos des PM interviewées. Les cas de non utilisation du préservatif plus récurrents chez les personnes qui s'identifient comme cisgenres et hétérosexuelles interviennent quand les partenaires se font **confiance mutuellement**. Par exemple, dans le cadre d'une relation de couple, et ce, indépendamment de la durée de celle-ci. Ceci montre que pour comprendre les prises de risque, il importe d'analyser les dynamiques d'interaction dans lesquelles les rapports sexuels adviennent. Les sentiments font partie de ces dynamiques.

Avec elle, il n'y a plus eu de protection. Ca s'est passé encore, encore et encore... [...] j'étais aveuglé par l'amour que je portais pour elle ! Elle aurait été malade, j'aurais été contaminé, parce que j'avais pas la logique de me protéger avec elle. Elle m'est pas venue... parce que quand on aime, on pense pas à ça. (PM)

Dans le cadre des relations considérées comme des relations de couple, la confiance dans le-la partenaire est la raison principale invoquée pour expliquer les rapports sexuels sans préservatif. « *Non, là on utilise pas des choses comme ça, mais moi je sais que je vais pas avec quelqu'un d'autre, donc j'utilise pas de préservatif. C'est la même chose avec elle. Je lui fais confiance* ». À la manière dont cette personne l'exprime, l'on peut supposer que la relation décrite est de type monogamique.

Quelques personnes interviewées, notamment des femmes, ont évoqué le fait d'habiter ensemble comme une condition qui n'autorise pas à demander au partenaire de continuer à utiliser le préservatif. Il en va de même pour le test de dépistage. Demander à son partenaire de s'y soumettre serait perçu comme un manque de confiance.

On se protégeait pas, parce qu'il y avait la confiance. C'est comme si tu habites avec un homme, là, tu vas pas lui dire 'on se protège'. Voilà. Maintenant si tu te permets de le faire occasionnellement, là, l'homme peut demander à ce que vous vous protégez, mais du moment où vous êtes ensemble, vous avez décidé d'habiter ensemble... vous pouvez pas dire à cette personne 'écoute, il faut qu'on se protège', parce que vous êtes dans la confiance. (PM)

D'autres femmes ont expliqué qu'elles n'utilisent pas le préservatif, parce qu'elles ont recours à d'autres stratégies pour éviter une grossesse non voulue. Parmi celles-ci, l'on peut nommer la prise d'une pilule contraceptive, la pratique du coït interrompu et l'abstinence pendant les jours de fertilité. Cela montre que se focaliser sur l'évitement d'une grossesse non voulue peut exposer davantage au risque d'infection au VIH/IST.

Enfin, les projets de procréation expliquent également l'abandon du préservatif dans les relations de couple.

At that time we did not use protection. From 1997 until 2008 we were together. I left [country name] in 2008. So we were together and we did not use any protection, because we were trying to have a child, at that time, so we did not use any protection. And she would get pregnant, she went to the hospital and she had all the tests, because when you are pregnant you have to do all the tests. So she was ok at that time. (PM)

Les rapports de pouvoir asymétriques et les inégalités de genre

Les entretiens menés avec les ACT mettent en lumière d'autres dimensions qui concourent à expliquer pourquoi il y a des rapports sexuels sans préservatif. Ces dimensions concernent le contexte relationnel dans lequel le préservatif n'est pas utilisé. Celui-ci serait caractérisé par des **rapports de pouvoir asymétriques entre partenaires** qui placent les femmes en situation désavantageuse. Ces rapports de pouvoir rendraient la négociation du préservatif plus difficile pour elles. Cela montre la nécessité de rompre avec le concept de « prévention mécanique ». Il s'agit d'un concept utilisé dans le domaine médical pour rendre compte de l'utilisation du préservatif (Pialoux, 2020). Toutefois, il néglige les rapports de pouvoir au sein desquels la négociation du préservatif a lieu et omet de prendre en compte les inégalités de ressources entre partenaires.

Cette inégalité est particulièrement criante quand les femmes sont dépendantes économiquement de leurs partenaires/conjoints. Ceci est d'autant plus vrai qu'elles ne sont pas ou peu formées, qu'elles n'ont pas d'emploi ou occupent des emplois précaires peu rémunérés, à temps partiel et à durée déterminée. Pour les femmes dont l'acquisition du permis de séjour dépend du mariage avec un homme suisse ou établi en Suisse, la dépendance juridique vis-à-vis de leur conjoint vient s'ajouter à la dépendance économique. L'isolement social et la connaissance limitée de la langue locale sont également fréquents. Dans un tel contexte de **dépendance** et de **cumul des vulnérabilités**, la négociation du préservatif s'avère très difficile. Cela est d'autant plus difficile que le fait de proposer le préservatif est associé par les PM à une **image dégradante de la femme**, perçue comme une « *fille facile* » ou une « *prostituée* », comme l'explique cette ACT interviewée :

Les femmes, c'est plus fréquent chez elles, elles osent pas demander le préservatif à l'homme. Si l'homme ne le met pas directement, la femme elle n'ose pas. Déjà ça fait mal vu... Donc moins elles sont dans une situation de pouvoir, plus c'est compliqué. [...] Et puis après, elles veulent pas casser la relation. [...] il faudrait que les femmes soient aussi à l'aise pour le mettre, mais c'est pas si simple, parce qu'une femme qui prend l'initiative de mettre le préservatif, elle est vite considérée comme une fille facile ou une prostituée. (ACT)

Les **normes de genre** influencent la **distribution du pouvoir au sein des couples** mais jouent aussi sur les **représentations de la sexualité masculine et féminine**. Ces dernières sont fondées sur des normes sexuelles de genre qui attribuent des rôles sociaux différents aux hommes et aux femmes. Par exemple, les attentes de virginité jusqu'au mariage sont plus fortes à l'égard des filles que des garçons, tout comme la pression à la maternité est plus forte que la pression à la paternité.

Plusieurs ACT rendent compte de la difficulté des femmes de négocier l'utilisation du préservatif et l'expliquent par le statut subordonné des femmes dans le couple ou la place qui leur est accordée dans les relations intimes. Cette subordination est décrite comme particulièrement forte chez les jeunes filles

d'origine érythréenne qui utilisent plutôt la pilule que le préservatif. L'usage du préservatif comme moyen de se protéger du VIH/IST n'est pas une option pour les femmes (les ACT estiment que cela est fréquent) qui sont opposées au contrôle des naissances en référence à des **préceptes religieux** selon lesquels Dieu seul peut réguler les naissances. C'est ce qu'exprime cette ACT : « *Les musulmans disent 'non, non, non, c'est Dieu qui donne les enfants, nous on ne veut pas se protéger'* ».

Reste qu'un contexte de grande précarité socio-économique peut particulièrement exposer les PM au risque de contracter le VIH/IST, notamment celles qui s'engagent dans des transactions sexuelles :

Il [son frère] avait un appartement, il m'a donné une chambre là... mais après il y a eu un petit problème, il m'a fait sortir chez lui. J'ai dormi dehors, c'était pendant l'hiver, donc si je vais à discothèque ou quelque part, donc si des fois je gagne une occasion là où je peux dormir je sais pas, j'ai... j'ai eu le rapport sexuel... parce que j'avais pas d'endroit où il faut dormir. Il faisait froid... La journée aussi, mais tu peux supporter la journée. Et alors j'ai vu des femmes, des fois on se connaît comme ça. (PM)

Enfin, en ce qui concerne le cas particulier des femmes séropositives au VIH n'ayant pas fait part de leur infection à leur partenaire, une ACT rencontrée relève que les demandes de ce dernier souhaitant ne pas avoir recours au préservatif sont vécues comme des épreuves particulièrement difficiles. D'autant plus lorsqu'il s'agit de rapports inégaux.

C'est un truc qui est là, que tu ne dois pas oublier. Il faut se battre. Tu dois être sur le qui-vive en permanence. Et puis l'autre il te harcèle 'pourquoi tu ne veux pas enlever? Moi je suis ok si tu veux on peut aller faire le test'. Qu'est-ce que tu réponds ? Et ça revient, ça revient. Et chaque fois tu dois tout faire pour dire 'non pas maintenant'. Et l'autre insiste 'Pourquoi tu ne veux pas enlever ? Moi je suis ok. Est-ce que tu doutes de moi? Je suis prêt à aller faire le test'. Et qu'est-ce que tu réponds ? (ACT)

La spontanéité des relations et le plaisir sexuel

Beaucoup de PM interviewées confient avoir eu leur premier rapport sexuel dans leur pays d'origine et ne pas avoir utilisé de préservatif. Néanmoins, elles évoquent un éventail plus large de raisons que celles amenées par les ACT pour justifier cela : le jeune âge, l'« *insouciance* », la dimension cachée des premiers rapports sexuels, la virginité, l'absence de signes de maladie, mais aussi l'impossibilité de se procurer des préservatifs (prix des préservatifs trop élevés ou absence de préservatifs sur le marché, comme par exemple en milieu rural).

À ce moment non, on se protégeait pas, parce que en Afrique, à mon âge, parce que là j'avais 15 ans, comme on était des gamins, nous on faisait en cachette et puis on avait pas les moyens pour aller acheter des préservatifs. On avait pas l'argent. [...] on était encore des gamins, on savait pas planifier, ça arrivait comme ça. (PM)

Non, non. On a pas pensé à ça. On était jeunes et puis physiquement... on se disait que si quelqu'un est malade, tu le vois tout de suite... (PM)

Les raisons invoquant la jeunesse, la virginité de la partenaire ou des deux partenaires et l'absence de signes de la maladie montrent comment les croyances et le manque de connaissances peuvent interférer avec l'adoption de pratiques préventives. La croyance selon laquelle une personne vierge ne peut pas être infectée par le VIH et donc ne peut pas le transmettre montre, par exemple, des lacunes de connaissances au sujet des possibles voies de contamination. En effet, du fait de la transmission par voie sanguine ou

voie verticale (transmission mère/enfants), une personne peut être infectée sans avoir eu de relations sexuelles. De plus, la croyance selon laquelle une personne vivant avec le VIH porte sur elle les signes de la maladie – croyance qui pour certaines PM se maintient en contexte migratoire – démontre qu’il y a un manque de connaissances quant aux effets des traitements ARV.

Du point de vue des ACT interviewé-e-s, la non utilisation du préservatif chez les femmes hétérosexuelles est expliquée par le manque d’autonomie à décider de son usage ou l’impossibilité de le négocier pendant les rapports. Du côté des **hommes hétérosexuels**, la **préférence pour des rapports sans préservatif** semble être principalement motivée par des aspects sensoriels. Celui-ci les confronte à des difficultés d’érection et diminue les sensations, ce qui se répercute sur le plaisir.

Une autre raison qui justifie le choix de ne pas utiliser le préservatif est celle qui privilégie le **plaisir masculin** au détriment de la protection de la santé (la sienne mais aussi celle de la partenaire), comme le soulignent les discours rapportés par les ACT.

Ils disent que quand ils le mettent, ben c’est pas pareil la sensation, ils aiment pas ou ils ont des problèmes d’érection ou bien ils ont oublié. [...] C’est des histoires de plaisir hein. J’en ai eu d’autres aussi qui sont venus, qui ont admis avoir... c’est comme ça qu’ils expliquent. Ils disent ‘elle, elle a insisté pour faire avec. Mais moi après, je l’ai enlevé, parce que j’arrivais pas avec’. C’est toujours le truc, ils disent ça. Mais je veux dire c’est une prise de pouvoir. (ACT)

Les expériences confiées par les PM interviewées vont aussi dans ce sens. Parmi les **hommes qui s’identifient comme hétéro-cis-sexuels**, trois personnes nous ont dit avoir eu régulièrement des rapports sexuels sans préservatif. Pour deux d’entre eux, cela s’est passé dans leur pays d’origine. Pour un homme, cela s’est passé dans les différents pays où il a séjourné, y compris en Suisse.

Coucher et puis voilà, les soirées comme ça, quand il y a l’occasion qui se présente, je résiste pas. Et je ne portais pas le préservatif, parce que j’aime pas. Quand je mets un préservatif, j’aime pas. Ça ne m’excite pas, donc, du coup, souvent les filles me demandent de le mettre et je le mets, mais à un moment donné je l’enlève... en cours de route, quoi, sans qu’elles-mêmes soient au courant. Tu vois, des trucs comme ça... (PM)

Du côté des hommes rencontrés, la non utilisation du préservatif est expliquée en termes de « *spontanéité* » du rapport, d’« *excitation* », mais également en termes de « *préférence* ». Ces explications sont par ailleurs reprises par les femmes rencontrées qui ont tendance à prioriser le plaisir masculin. Cela advient notamment dans le cadre de relations intimes asymétriques au sein desquelles le pouvoir est inégalement distribué entre l’homme et la femme. Les rapports sexuels sans préservatif s’inscrivent dans un contexte hétéro-normatif où l’envie et le plaisir sexuel masculins sont considérés comme plus importants. C’est ce qu’exprime cette femme : « *Oui oui, je savais où trouver des préservatifs, oui. Il y a beaucoup il y en a. Mais lui il voulait pas utiliser le préservatif. Il aimait pas* ».

Nous avons vu que l’usage ou non du préservatif entre partenaires hétérosexuel-le-s résulte de préférences sensorielles, d’évaluations des risques fondées sur des connaissances erronées des modes de transmission du virus ou sur des rapports de genre inégaux.

4.2.2 Non utilisation du préservatif chez les hommes homosexuels, personnes transgenres et queer

Comme nous le verrons dans la partie consacrée aux difficultés que les ACT rencontrent dans leurs interventions, les HSH issus de la migration sont une **population dite difficile à atteindre**. Ils ne sont donc pas nombreux à fréquenter les institutions où travaillent les ACT rencontré-e-s, que ce soit dans des Checkpoints, des antennes de l'ASS, des services publics comme les ambulatoires pour les maladies infectieuses, les Centres de santé sexuelle ou les programmes de santé spécialement conçus pour les populations migrantes.

Les représentations de l'homosexualité et discriminations vécues

Selon nos interlocuteur-ric-e-s, la distance à l'égard de ces institutions tient en premier lieu à la représentation que ces hommes se font de l'homosexualité (masculine) et au fait qu'elle est soumise à une **condamnation sociale, religieuse et morale** et bien souvent pénale, dans leurs pays d'origine, notamment en Afrique et au Moyen-Orient. Le jugement moral porté sur des rapports sexuels entre hommes et ses éventuelles conséquences sociales sont redoutées également en Suisse, si on en croit ce que disent les ACT qui côtoient les PM.

Les homosexuels avaient déjà ce tabou dans leur pays d'origine, parce que là-bas les gens sont simplement enfermés en prison, les homosexuels. Et quand ils sont ici [...] ils traînent très rarement avec les africains, parce qu'ils ne veulent pas, ils n'ont pas besoin de ce préjugé. Ils se protègent contre les [préjugés] et de telles personnes on les voit très rarement. C'est-à-dire qu'il y a des homosexuels, mais ils vont pas dire qu'ils le sont. (ACT, traduit de l'allemand)

Plusieurs acteur-ric-e-s rencontré-e-s soulignent que l'homosexualité est considérée par les PM croyantes qu'elles rencontrent dans leur pratique professionnelle comme un **pêché**.

Alors chez les jeunes Somaliens, j'ai jamais entendu des choses aussi fortes que chez eux, la condamnation de l'homosexualité. Chez les Afghans non, il n'y a pas de condamnation de ça, mais c'est vrai que c'est pas bien. Mais chez les Somaliens, c'était vraiment très très fort. Je me rappelle vraiment. C'est 'il faut les tuer, il faut les brûler'. (ACT)

Les propos négatifs sont présents quelle que soit la religion, même si de l'avis de quelques ACT, la condamnation de l'homosexualité semble plus forte au sein de certaines communautés musulmanes et orthodoxes : « Il y a des personnes qui nous disent c'est haram par exemple quand je parle de l'homosexualité, ils me disent 'mais Madame, c'est haram, c'est interdit' ».

Pour les PM non croyantes, la condamnation de l'homosexualité procède du fait qu'elle est considérée comme **contre-nature** et **non reproductive**. Cette position est notamment assumée par les hommes et femmes cisgenres et hétérosexuel-le-s qui inscrivent la sexualité dans une logique de reproduction naturelle de l'espèce humaine, comme en témoigne cette PM interviewée :

Moi, de mon point de vue, je vois pas ça comme quelque chose de normal. Moi, je vois pas ça comme quelque chose de normal, parce que moi... si tu es un homme, tu couches avec une femme et pas avec un homme. C'est pas la même chose. C'est pas naturel. L'homme est fait pour coucher avec une femme et pas avec un homme. Je ne sais pas, mais pour faire l'amour il faut être excité, mais femme, homme, on a des parties différentes que toi tu peux toucher et puis tu vas t'exciter. [...] et puis le but c'est d'avoir des enfants et des petits-enfants. (PM)

Plusieurs PM soulignent le contraste entre le traitement social, voire pénal, réservé aux minorités sexuelles et aux minorités de genre dans leurs pays d'origine et l'ouverture qu'elles perçoivent en Suisse. Plusieurs personnes se considèrent elles-mêmes plus tolérantes envers les sexualités minoritaires que ce qu'elles étaient avant la migration. Quelques-unes estiment avoir toujours eu une attitude d'ouverture envers les sexualités non-hétéro-cis. C'est le cas de cet homme cisgenre et hétérosexuel, ayant grandi dans une très grande ville de l'Amérique latine, entouré de personnes homosexuelles et qui considère l'homosexualité comme une sexualité « normale », « naturelle ».

Quand j'étais petit, il y avait une famille qui habitait à 150m de la maison. Il y avait 3 garçons dans cette famille, et un garçon était homosexuel. Tout le monde savait qu'il était homosexuel et là, tout à coup, il a commencé à se travestir. Je le voyais passer avec des talons, il sortait comme ça pour aller vers le centre avec le regard de tout le monde et une fierté, avec une force incroyable et là pour moi il n'y avait jamais la place pour l'homophobie. [...] C'était assez clair pour moi que chaque personne est normale [...] Et j'ai grandi dans une ville qui a des millions d'habitants. Donc pour moi c'est assez normal de voir des homosexuels, de voir des travestis. C'est normal, c'est naturel. (PM)

Nous avons déjà relevé les **discriminations et persécutions vécues** dans le pays d'origine par 5 personnes parmi les 6 qui s'identifient en tant que transgenres, queer et/ou homosexuelles. Cela s'est passé dans différentes sphères sociales comme la famille, l'école ou le travail et dans différents espaces publics, comme les lieux de restauration et de divertissement, les commerces et la rue. Les 4 personnes qui nous confient avoir souffert de dépression et avoir eu des idées suicidaires au début de leur coming-out mettent cela sur le compte des réactions de rejet subies au sein de ces différentes sphères sociales.

Les PM, ainsi que les ACT, rapportent l'existence de représentations et d'images de l'homosexualité particulièrement négatives au sein des communautés d'origine. Pour beaucoup de HSH issus de la migration, cette condamnation entrave le processus d'identification à la communauté LGBTQI+ et tend à augmenter leur isolement. Cela limite leur possibilité de s'approcher de personnes informées et vivant la même situation. Par conséquent, ces HSH ne connaissent pas les structures spécialisées dans la santé pour les personnes LGBTQI+, comme les Checkpoints, et manquent d'informations quant à leurs droits, par exemple, en cas de rapports non protégés contraints.

Usage ou non-usage du préservatif

L'utilisation du préservatif lors de rapports avec pénétration peut advenir de manière plus ou moins systématique, indépendamment du contexte relationnel et matériel dans lequel les rapports sexuels ont lieu (relations de couple, relations monogamiques, relations polygamiques, relations occasionnelles, saunas, cinémas, etc.). Trois personnes parmi les 6 rencontrées disent avoir eu très peu, voire aucun rapport sexuel sans préservatif, et ce pour des raisons variées. Il s'agit d'une femme transgenre attirée par les hommes titulaire d'une formation dans le domaine de la santé, d'un HSH qui exerce le travail du sexe et d'un homme transgenre attiré par les hommes et les femmes ayant eu peu de rapports sexuels.

Quant aux 3 autres personnes, les rapports sans préservatif ont cours à des moments et dans des contextes diversifiés de leurs trajectoires sexuelles. Une femme transgenre a eu des rapports sexuels sans préservatif dans le cadre de relations occasionnelles (contexte festif) et dans le cadre d'une relation où elle était entretenue économiquement par son partenaire. Un homme homosexuel raconte avoir commencé à avoir des rapports sexuels sans préservatif au terme de sa première relation de couple.

Il y avait un temps, je sais pas ce qui se passait, j'étais en train de me sentir très seul et donc je commençais à connaître beaucoup de personnes et donc la fréquence de faire sexe pas protégé c'était plus fréquent... Oui c'était comme ça. C'était après que j'ai fini ma relation avec cette personne que je commençais à faire fréquemment sans préservatif. (PM)

Une personne qui s'identifie comme queer nous confie avoir (eu) des rapports sexuels fréquents avec des hommes, la plupart du temps sans préservatif. Affirmant avoir toujours été conscient·e des risques encourus en termes de VIH/IST, elle explique ces prises de risque par le fait qu'iel « *n'aime pas beaucoup le préservatif* ».

Mais c'était un peu... parfois c'était un peu bizarre... pourquoi j'utilise cette chose, oui, pour me protéger... mais si tu es dans une relation avec une personne, justement un partenaire, c'est que tu n'as pas besoin d'utiliser le préservatif. Ouais... je me sens que je n'aime pas beaucoup le préservatif, aussi. Pour moi la relation avec préservatif et la relation sans préservatif c'est pas la même chose, mais il y a un risque quand on fait sans préservatif... tu peux avoir une maladie, aussi. (PM)

Pratiques à risque et chemsex

Sur le plan des pratiques sexuelles, les ACT qui sont en contact avec des HSH issus de la migration indiquent que ceux-ci ont des **pratiques à risque**, dont la fréquence est probablement proche de celle des HSH non issus de la migration. Dans le milieu HSH, les rapports sans préservatif sont décrits comme ayant souvent lieu dans un contexte de consommation d'alcool ou de drogues de synthèse, pratique connue sous le nom de « chemsex ».

Des gens sous l'emprise de la drogue qui savent plus ce qu'ils ont fait, ça c'est tout un problème maintenant qui commence à arriver dans la communauté gay. C'est le chemsex, la consommation de substances psychoactives dans le cadre de rapports sexuels avec des gros problèmes de décompensation psychique et puis même de décès par overdose, notamment le GHB qui est beaucoup consommé dans ce cadre. Autrement c'est beaucoup la crystal méthamphétamine, mephedrone, cathinone, kétamine, toutes des drogues qui circulent beaucoup maintenant avec le réseau social Grindr. Et ça, c'est quelque chose qui existe beaucoup dans les grands centres urbains européens, Londres, Paris et Madrid puis Zurich... (ACT)

Cette **consommation de produits psychotropes** concerne également les HSH issus de la migration, dans une proportion inconnue. Parmi les personnes rencontrées, un homme qui s'identifie comme cisgenre homosexuel et une femme qui s'identifie comme transgenre et qui se dit attirée par les hommes en font mention. Celle-ci contextualise une prise de risque dans un cadre festif, avec consommation de drogues et d'alcool :

Every time I had sex with someone, of course I always used a condom. But with him, I don't know what he has done, because I was so fucking drunk with the, with drugs. Even if we used the condom, the condom can be broken. Whatever we've done. Because I was out of my own... because I was so fucking drunk and I met this guy. (PM)

Asymétrie des relations de pouvoir

Les **relations entre personnes caractérisées par une forte asymétrie de pouvoir** créent un contexte favorable aux rapports sexuels sans préservatif. Cela est évoqué par plusieurs ACT en contact avec des HSH, ainsi que par deux PM rencontrées. Dans ces relations, souvent le partenaire est Suisse ou établi en Suisse, a une formation supérieure et un emploi bien rémunéré. Le migrant de son côté a un statut légal précaire, une formation de base quand elle n'est pas inachevée, n'a pas d'emploi ou cumule les emplois précaires et peu rémunérés. À cela s'ajoute la différence de lieu de socialisation, en Suisse pour le premier, ailleurs pour le deuxième. Cette différence introduit d'autres inégalités en termes de connaissances de la langue locale, de ses droits et, de manière plus générale, du fonctionnement des différents systèmes en Suisse (économique, juridique, sanitaire, etc.).

Des gens chez qui, par exemple, le préservatif a été enlevé à l'insu de la personne. C'est-à-dire où... ça ou j'ai encore eu récemment quelqu'un qui m'a appelé pour une situation comme ça et ben moi je dis que c'est quelque chose qui est pas légal et qu'en Suisse il y a eu des gens qui ont été condamnés pour ça. Et que donc en théorie, il aurait le droit de porter plainte. Après, c'est pas sûr que la condamnation elle soit... mais que c'est quelque chose en tout cas que c'est une forme d'agression sexuelle. Donc on essaie de nommer les choses. (ACT)

Plus les inégalités entre les deux partenaires sexuels se creusent, plus la négociation du recours au préservatif est difficile pour la personne minorisée. C'est notamment le cas quand un partenaire entretient l'autre sur le plan économique en échange de faveurs sexuelles. Cela renvoie à la « logique de la redevabilité » qui opère dans certaines expériences de transactions sexuelles (Carbajal et al., 2019).

Il y a des personnes qui m'ont témoigné de relations sexuelles pas du tout belles, pas respectueuses, avec des personnes suisses ou qui ont été socialisées en Suisse où elles se sentent parfois dénigrées. [...] Parfois il y a des relations sexuelles non consenties... où il y a des relations de pouvoir très fortes entre des personnes du domaine de l'asile et des personnes suisses. (ACT)

Parmi les PM rencontrées, une femme qui s'identifie comme transgenre et vit avec le VIH depuis 2017 nous confie avoir des rapports sexuels sans préservatif dans le cadre de transactions sexuelles avec un homme en échange d'un lieu d'hébergement. Elle nous explique ne pas avoir informé cet homme de sa séropositivité au VIH, par crainte de perdre le logement que celui-ci lui met à disposition :

I'm afraid, of course. I'm afraid, because he's married you know. And even he said that he doesn't have sex anymore with his wife, I cannot explain or tell him the truth that I have this, this sick ... this HIV. I didn't tell him also because I'm afraid of course. Because if I discuss this with him, he kick me out and I don't have a place to stay. (PM)

4.2.3 Non utilisation du préservatif chez les personnes travailleuses du sexe

Les points de vue des ACT et des PM qui exercent le travail du sexe divergent à propos de l'utilisation du préservatif dans le cadre de fellations. Le constat est unanime chez les ACT qui côtoient des personnes travailleuses du sexe : la grande majorité des **fellations** sont pratiquées **sans protection** (carré de latex ou digue dentaire). Cela serait devenu une pratique courante, « *normalisée* » selon leurs mots.

La plupart des femmes font des fellations sans préservatifs. C'est une demande très normalisée maintenant des clients, que les femmes le font. Pourquoi elles le font ? Parce que

la collègue lui dit que ça fait 20 ans qu'elle le fait et qu'elle a jamais rien eu. [...] Donc aujourd'hui, la fellation est très souvent pratiquée sans protection, et c'est normal. (ACT)

Les 4 femmes travailleuses du sexe (qui s'identifient comme cisgenres et hétérosexuelles) que nous avons rencontrées disent **se protéger systématiquement** avec le carré de latex lors de fellations, et ce malgré les demandes insistantes de la clientèle :

Je reçois beaucoup de demandes pour des rapports sans préservatif. Et ils insistent : 'I give you more'. Ou ils demandent : 'fais-moi une pipe sans préservatif'. Mais c'est quoi comme genre de personnes... et il y en a beaucoup, beaucoup. Mais moi je sais pas quel type de gens c'est... est-ce des personnes malades qui veulent distribuer la maladie ? Je sais pas... moi, quand je vois une personne comme ça qui insiste, moi déjà j'arrête tout, je fais plus. Je préfère mourir de faim. Je te rends l'argent et vas-t-en. Moi je suis comme ça, c'est pas parce que tu me donnes l'argent que je dois tout faire... (PM)

Ces femmes affirment également connaître beaucoup de femmes travailleuses du sexe qui n'ont pas recours à cette protection, ce qui va dans le sens des observations relatées par des ACT rencontré-e-s. Quant à l'homme travailleur du sexe (qui s'identifie comme homosexuel) que nous avons interviewé, selon la demande des clients, il admet pratiquer des **fellations sans préservatif**. Mais, il vérifie d'abord si « *le pénis est sec* », ce qu'il interprète comme le signe d'un pénis « *sain* » :

Pour être honnête, j'aime le sexe oral avec préservatif, j'aime ça. Il existe aussi des préservatifs avec arômes de fruits. Et quand j'ai un client, alors j'ouvre de toute manière un préservatif, sans demander. Et quand un client dit 'non, je ne veux pas avec préservatif', alors je ne vais pas gâcher cette opportunité de gagner de l'argent. Mais vraiment je regarde son pénis et tant que le pénis est sec, ça va aussi pour moi. Si j'ai le sentiment qu'il est sain, qu'il y a rien de suspect, un liquide ou comme ça, ça va, mais dès qu'il y a justement du liquide, alors il doit porter le préservatif. (PM, traduit de l'allemand)

Quant aux rapports sexuels **avec pénétration** (vaginale ou anale), selon les retours des ACT en contact avec des personnes travailleuses du sexe, l'**usage du préservatif est généralisé**. Les personnes travailleuses du sexe imposent celui-ci, quand ils n'enlèvent pas directement le préservatif, comme nous dit une ACT : « *Elles ont quand même des soucis d'hommes qui enlèvent les préservatifs. [...] Moi j'en ai eu, d'hommes, qui m'ont dit qu'ils avaient fait ça avec des femmes prostituées* ».

Les personnes travailleuses du sexe que nous avons rencontrées insistent également sur l'utilisation systématique du préservatif lors de leurs prestations.

Quand j'ai commencé à travailler, c'était clair, que ça devait être avec le préservatif, c'est assez clair. Parce que alors il ne s'agit plus seulement de me protéger, mais aussi les clients, qui sont peut-être encore mariés, qui ont une femme, des enfants, donc il s'agit de beaucoup plus de personnes. [...] mais il y a déjà aussi des clients qui ont proposé de donner plus d'argent pour pouvoir le faire sans préservatif. Mais pour moi, c'est pas une option, parce que je sais que c'est aussi un problème pour moi. Parce que si je suis malade, je ne peux pas continuer à travailler. (PM, traduit de l'allemand)

Les personnes travailleuses du sexe rencontrées relèvent par contre que d'autres collègues de travail, notamment ceux-elles qui sont davantage en situation de précarité économique, ont des rapports sans préservatif.

Les rapports sous contrainte représentent également une situation où le risque de contracter le VIH/IST est élevé, en raison du fait que les viols se passent sans préservatif. Parmi les personnes travailleuses du sexe rencontrées, une femme qui travaille dans la rue nous confie avoir été victime d'un viol.

Je me rappelle très bien ma première expérience de violence. Je me rappelle du gars, il avait un van, derrière il était ouvert, tu sais ces vans pour transporter des fruits, il me prend là. Je suis montée dans le van et il a commencé à conduire comme un fou, tellement vite que j'avais une peur bleue. Il s'est parqué à un endroit très sombre... et il a commencé à être violent. Il me tenait par les cheveux et il m'a demandé d'avoir un rapport oral. Je lui ai dit que je mettais le préservatif, mais lui il voulait sans. Pour finir, sans lâcher mes cheveux, il m'a baisée sans préservatif [...] et là moi j'étais détruite. Je me rappelle que j'étais toute démolie... (PM)

Selon les ACT qui côtoient les personnes travailleuses du sexe, les situations de violence découlent de plusieurs dimensions, souvent enchevêtrées : la difficulté à poser des limites quant aux pratiques acceptées, la précarité économique et la concurrence entre personnes travailleuses du sexe qui pousse les femmes plus désavantagées à accepter certaines pratiques. La violence dans ce domaine est décrite comme taboue. En effet, comme nous l'explique une ACT, l'on attend que la personne travailleuse du sexe professionnelle sache gérer les situations difficiles. Par ailleurs, les femmes qui lui confient avoir été victimes de violence, lui demandent de ne pas parler de ces épisodes à leurs pair-e-s.

J'ai aussi plusieurs situations de travailleuses du sexe où là, la violence elle est très tabou [...] Il y a une femme, elle est venue plusieurs fois, et puis après elle m'a montré les bleus sous son maquillage. [...] chez ces femmes-là, c'est la question des limites de qu'est-ce qu'elles acceptent. [...] une pro va dire 'non c'est 100CHF pour faire ça, puis tu touches pas là, puis basta'. Elle pose le cadre, parce que quelque part une bonne professionnelle, elle est censée savoir gérer la violence... (ACT)

Les conditions de **grande précarité** dans lesquelles vivent certaines personnes travailleuses du sexe, auxquelles se combinent souvent des attentes d'envoi d'argent à leurs familles restées au pays, ne leur laissent pas d'autre choix que d'accepter les demandes de rapports non protégés. Leur marge de manœuvre pour négocier l'utilisation du préservatif est plus restreinte, notamment pour les personnes d'origine hors Europe/AELE qui, selon les témoignages récoltés par une ACT, se sentent davantage dévalorisées par la clientèle que les personnes travailleuses du sexe d'origine européenne.

Des personnes qui sont des travailleuses du sexe nous racontent qu'en fait elles ont quand même moins de marge de manœuvre que les travailleuses du sexe européennes ou qui ont été socialisées ici, par rapport à des pratiques qui sont demandées ou des questions de protection, préservatif, où des fois elles sentent qu'elles ont moins de manœuvre qu'elles sont moins considérées. [...] Elles ont l'impression d'être davantage exploitées, parce qu'elles ont moins la possibilité de dire non, parce qu'elles sont davantage dans une situation d'urgence. [...] Et puis du coup être beaucoup plus exposées à des infections, à des MST. (ACT)

Reste que pour beaucoup de personnes travailleuses du sexe, le **faible niveau d'éducation**, voire l'illettrisme, combiné aux **faibles connaissances des langues locales** concourent à rendre la négociation du préservatif plus difficile. Ces personnes ont moins de ressources à mobiliser pour poser le cadre de leur prestation et expliquer clairement à leur clientèle les conditions dans lesquelles celle-ci doit se dérouler.

Enfin, les demandes de rapports non protégés auxquelles les personnes travailleuses du sexe sont confrontées découlent également de ce que quelques ACT considèrent comme un **changement des**

pratiques exigé par la clientèle (par ailleurs de plus en plus jeune) qui s'inspirent de la **scène sadomaso** et des films **pornographiques**. C'est le cas du « fisting » (pénétration avec le poing) qui peut provoquer des blessures et des rapports collectifs qui multiplient les risques d'infection au VIH/IST, qui plus est, dans un contexte de **consommation de cocaïne**.

Les pratiques ont changé et aussi les clients sont de plus en plus jeunes. Ça, les femmes de rue le disent. Et il y a beaucoup de jeunes qui viennent en groupe, dans les salons. Avant, c'était déjà un homme de 30 ans 40 ans, qui venait seul, qui venait apprêté, maintenant il y a des jeunes, qui viennent en groupe [...] Très souvent c'est sous substance aussi, quand ils viennent à plusieurs. Pour être un peu désinhibés, vu qu'ils voient un autre homme nu, ils ont besoin de prendre d'autres substances, pour qu'ils ne soient pas dérangés par un homme nu. Donc souvent, quand c'est sous substance, il y a plus de risque. (ACT)

Au-delà ces demandes de rapports non protégés venant de la part de la clientèle, plusieurs ACT interviewé-e-s relèvent ce qui est rapporté par les personnes travailleuses du sexe comme des **ruptures de préservatif**. Parmi les personnes travailleuses du sexe que nous avons rencontrées, trois mentionnent effectivement quelques accidents de préservatif. Selon leurs dires, il s'agirait de cas isolés : « *ça m'est arrivé 3 fois* », « *ça m'est arrivé 1 ou 2 fois* ». Par ailleurs, toutes insistent sur le fait que, le corps étant leur instrument de travail, elles doivent le préserver. Cela passe également par la mise en œuvre de stratégies leur permettant de réduire les risques de rupture du préservatif.

Moi j'ai jamais eu d'accidents. Déjà, je mets beaucoup de lubrifiant, parce que je sais que c'est comme ça que ça peut venir les accidents, si c'est pas assez lubrifié. Donc, quand je vois que la personne est très brusque et forte et qu'elle arrive pas à finir vite, je fais des massages érotiques...(PM)

Les conditions de travail dans un contexte que quelques ACT jugent comme non respectueux des mesures hygiéniques peuvent également contribuer à la diffusion de maladies infectieuses comme la tuberculose. Cela a été relevé dans le cas de certains salons érotiques.

C'est encore difficile, parfois on est dans des situations si difficiles, parce qu'on a aussi souvent des gens, dont on ne sait pas vraiment, est-ce qu'ils sont pris dans une forme de traite des êtres humains ? Donc, en ce moment même, les prostituées nigérianes qui, si l'une d'entre elles vient avec une suspicion de tuberculose, et qu'elles dorment toutes dans la même pièce... (ACT, traduit de l'allemand)

Enfin, les croyances des personnes travailleuses du sexe peuvent également jouer un rôle sur les mesures préventives adoptées ou pas qu'elles mettent en place. Selon une ACT rencontrée, il existerait des croyances basées sur de **fausses informations transmises par les « anciennes du métier »**, notamment les gérantes de salons érotiques, selon lesquelles l'injection de certains produits dans le vagin – « *de l'eau, de la vodka, de la Bétadine, de l'eau de javel ou du coca* » – après un rapport non protégé permettrait d'écarter le risque d'une infection au VIH/IST. Aucune croyance allant en ce sens n'a été évoquée lors des entretiens avec les 5 personnes travailleuses du sexe interviewées.

4.3 Recours aux tests de dépistage variable

Malgré la diversité des connaissances des PM dans le domaine du VIH/IST que nous avons déjà mentionnée, une tendance générale semble émerger également par rapport aux tests de dépistage : les ACT rencontré-e-s estiment que les PM ont une **bonne connaissance du test de dépistage pour le VIH**,

alors que les **tests de dépistage** pour les autres IST paraissent encore **largement méconnus**, étant donné que les connaissances sur ces infections sont très limitées. Font exception les personnes ayant des identités de genres et sexuelles minoritaires et les personnes travailleuses du sexe qui sont presque autant renseignées sur ce plan que sur celui du VIH.

Dans le cadre d'un bilan de santé, les personnes qui entrent en Suisse par la LAsi reçoivent une proposition de tests, dont ceux pour le VIH et l'hépatite B, sur la base du modèle du VCT (décrit dans le chapitre suivant consacré aux pratiques professionnelles). Ces tests sont pratiqués dans des structures médicales spécialisées dans la prise en charge de ces populations. Par la suite, il arrive que des personnes redemandent à pouvoir faire des tests de dépistage, mais, selon le point de vue de plusieurs interlocuteur·rice·s, ces **demandes** ne sont **pas fréquentes**. Dans d'autres institutions également, comme par exemple les structures à bas seuil, les tests sont effectués à la demande des personnes qui les fréquentent.

Il y a des gens qui nous demandent, qui savent déjà qu'ils veulent un test pour la syphilis, pour la chlamydia. Il y a des gens qui savent déjà eux ce qu'ils veulent. Quand ils ont un symptôme, que ça brûle ou que c'est purulent, ils demandent ou nous on propose et eux ils sont d'accord, pour que ça aille mieux vite. (ACT)

Du côté des PM rencontrées, à l'exception de deux femmes, toutes disent avoir fait au moins un test de dépistage au VIH dans leur vie. La **fréquence des tests**, en revanche, change d'une personne à l'autre, en fonction des trajectoires sexuelles, mais également des identités de genre et des orientations sexuelles. Elle peut être **rare, occasionnelle ou régulière**. Plusieurs personnes cisgenres et hétérosexuelles, qui disent avoir eu peu de rapports sexuels et essentiellement dans le cadre de relations de couple qu'elles considèrent comme exclusives, déclarent avoir effectué un test de dépistage avant l'abandon du préservatif. Dans les couples, si le souhait d'abandonner le préservatif est davantage exprimé par les hommes, le thème du test de dépistage est amené par les femmes, comme le raconte cette interviewée :

Alors, lui, c'est vrai, pour le début, j'ai tout de suite demandé qu'il se protège. Protège-toi. Se protéger... à un moment donné il m'a dit qu'il en a marre de se protéger. J'ai dit 'très bien, tu en as marre, ok, on y va à l'hôpital, tous les deux on va faire le test, comme ça on saura tous les deux si l'autre a une maladie qu'il peut infecter l'autre et tout ça'. Il était ok, on a été faire le test. (PM)

D'autres personnes hétérosexuelles, qui disent avoir eu des rapports sexuels plus fréquents et en dehors de ce cadre de relation de couple, déclarent avoir effectué des dépistages plus réguliers (environ une fois par année) :

Il y a des croisements sexuels et moi j'étais un peu super actif avec les femmes et parfois il peut y avoir la capote qui se casse... [...] on fait les tests pour être tranquille et savoir qu'on est bien, qu'on n'a rien à cacher... Ce n'est pas seulement pour nous c'est pour chacun... c'est pratique... Oui j'ai fait ça souvent. Maintenant je fais ça toutes les années... (PM)

Enfin, parmi les personnes s'identifiant comme homosexuelles, transgenres ou queer qui disent avoir des rapports sexuels fréquents et/ou être dans des relations de couple non exclusives, il y en a qui mentionnent des tests de dépistage très réguliers (tous les 3-6 mois).

What we [his partner and him] said, do you know what, if we want to try unprotected sex we would get tested. Always, always, because I knew that he was a womanizer, so we always

got tested. [...] I got tested about several times in [his country of origin] and since I came here, I did it around 4 times. (PM)

Les personnes travailleuses du sexe rencontrées disent se faire tester à cette même fréquence :

J'ai le papier à la maison où c'est noté depuis quand que je les ai fait. Moi je les fais tous les 6 mois, c'est ce que disent les filles que c'est bien de faire. Depuis 2018, je l'ai fait trois fois. Normalement j'aurais dû faire après le confinement, mais comme je n'ai pas eu beaucoup de travail, j'ai pas encore fait. (PM)

Les **raisons** évoquées pour faire le test de dépistage du VIH sont **variées** et changent selon que la personne soit la seule initiatrice du test ou pas : « *par curiosité* », « *pour savoir* », « *pour être sûr* », « *pour faire sans préservatif* », « *parce qu'on m'a demandé* ». En effet, si, en Suisse, le test n'est réalisé en principe que sur base volontaire, il se peut qu'il soit proposé par une autre personne : partenaire avant l'abandon du préservatif, intervenant·e·s dans le domaine de la prévention présent·e·s dans les lieux de travail pour les personnes travailleuses du sexe, médecin ou infirmier·ère lors de l'entrée en Suisse pour les personnes ayant déposé une demande d'asile, dans le cadre d'une grossesse ou en cas de traitements hormonaux pour une personne transgenre : « *They just wanted to check if everything is ok to start hormonal therapy. So, I need to make this* ».

Les ACT rencontré·e·s estiment que l'usage de l'**autotest** par les PM est encore plus **rare**. Une interviewée relève qu'il est très peu demandé, à l'exception du milieu du travail du sexe où son utilisation reste, néanmoins faible selon elle. Une autre interviewée qui travaille dans un Checkpoint estime que la pratique des autotests est, à l'inverse, bien répandue chez les HSH. Reste à savoir dans quelle mesure elle l'est également chez les HSH issus de la migration qui échappent, en très grande partie, à ces structures. La même interviewée évoque le cas d'un HSH originaire de l'Amérique latine qui lui a rapporté avoir fait un autotest à l'initiative de son partenaire suisse.

Un jeune [pays de l'Amérique latine] a été dépisté positif comme ça. Mais c'est pas lui à l'initiative de l'autotest, c'était le partenaire. C'est souvent pas celui qui est séropositif qui a l'initiative de l'autotest, c'est l'autre. Et puis donc son partenaire a fait un test et c'est là qu'il a découvert qu'il était séropositif. Donc c'était un peu délicat aussi comme situation... [...] Après ils viennent, ils expliquent, on refait un test, on confirme souvent l'infection. Mais j'ai eu une fois ce cas d'autotest positif. (ACT)

Chez les PM rencontrées, une seule personne a évoqué l'utilisation d'un autotest. Il s'agit d'un homme qui s'identifie comme cisgenre homosexuel et qui a fait l'autotest dans son pays d'origine, dans l'attente de la confirmation d'un test de dépistage du VIH réalisé en laboratoire.

Elle [une infirmière] elle m'a dit 'ah attend que dans une semaine on va t'appeler encore une fois pour te dire, pour que tu viens chercher ton résultat.' Ok. Mais ça, c'était une chose terrible qui est tombé sur moi et j'ai dit mon Dieu ! Une semaine terrible pour moi que je n'avais terre, je n'avais air, je n'avais aucune chose. Je pensais que à ça. Donc j'étais tellement anxieux, je suis allé à la pharmacie, j'ai acheté un test et donc avec ce test-là, j'ai fait et c'était positif. (PM)

Pour comprendre ces variations dans le recours aux tests de dépistage VIH/IST, il faut prendre en compte plusieurs aspects qui sont interreliés : les **représentations** et croyances autour du VIH/IST, les **connaissances** sur les modes de transmission du VIH, ainsi que les **conditions de vie** de certaines PM. Nous

nous focalisons ici sur les représentations et les connaissances, car les conditions de vie seront analysées dans le chapitre 5 consacré à l'imbrication des vulnérabilités.

Si les autres IST sont généralement considérées par les personnes qui les connaissent comme pas graves, le **VIH** continue à être considéré comme une **maladie grave, mortelle**, qui fait **très peur**. C'est ce que relèvent quelques ACT interviewé-e-s.

Ce que nous vivons encore et encore, c'est que les gens ont des grandes peurs quand quelque chose ne va pas ou qu'ils soupçonnent quelque chose [bruit d'exaspération] c'est le SIDA, et maintenant ? Mon Dieu, qu'est-ce que je fais maintenant ? et de pouvoir presque pas en parler. [...] maintenant en Afrique subsaharienne, le VIH est justement un sujet sans précédent, que l'on passe tout simplement sous silence, qui est encore et toujours lié à la peur. [...] c'est une telle peur, encore dans de nombreuses régions des pays africains, alors ça, nous le remarquons très clairement. (ACT, traduit de l'allemand)

Cela se confirme partiellement chez les PM rencontrées. Quelques-unes continuent en effet de percevoir le VIH comme une maladie mortelle, ce qui témoigne de leur **manque de connaissances** quant à l'**efficacité des traitements** qui rendent le virus indétectable dans le sang, empêchant la transmission du VIH lors de rapports sexuels non protégés. Plusieurs ACT estiment que l'**information relative à l'indétectabilité du virus dans le sang** en cas de suivi correct du traitement ARV est largement méconnue par ces populations.

En fait, ce qui manque dans l'information, je trouve, c'est surtout l'histoire qu'on peut ne plus être infectieux avec un traitement. [...] Et puis de pouvoir rappeler que s'ils ont quelqu'un qui a très peur, qu'il faut encourager cette personne à venir faire un test, parce que maintenant on a des traitements, que les gens ne meurent plus, qu'on peut vivre normalement, qu'on peut avoir une famille [...] Et puis cela aide aussi dans tout ce qui est cette peur de la discrimination. (ACT)

Ce constat est confirmé par les PM rencontrées. La grande majorité ne savent pas que si la charge virale d'une personne vivant avec le VIH sous traitement ARV est indétectable, celle-ci ne transmet plus le virus, y compris par voie sexuelle. C'est ce qu'exprime le concept « U=U » (undetectable = untransmissible), utilisé depuis plusieurs années dans le domaine de la prévention, mais largement méconnu par les PM rencontrées, à l'exception de celles qui s'identifient comme homosexuelles ou queer et celles qui vivent avec le VIH.

Les PM qui vivent avec le VIH, quant à elles, soulignent la dimension émancipatrice de cette information, leur permettant d'avoir des rapports sexuels sans préservatif, en s'affranchissant du poids à la fois moral et juridique du risque de contamination du/de la partenaire.

Le jour où les Suisses ont été les premiers à dire qu'on peut même faire l'amour sans préservatif, sans contaminer l'autre, sans être obligé de dire [...] ce jour-là, moi j'étais tellement contente, j'ai dit 'c'est la première fois que depuis des années on a une bonne nouvelle !' Qu'on peut faire l'amour sans préservatif sans contaminer l'autre, sans sentir le poids là [montre le cœur]... chaque fois c'est un poids, là-dedans ! [...] Même si tu utilises le préservatif, tu te poses beaucoup de questions : si le préservatif se casse je vais le contaminer. Et ça, ce poids-là, depuis tu sais que tu peux l'enlever ! (PM)

La crainte d'un résultat positif au test de dépistage du VIH procède également des **lacunes de connaissances** que les ACT de terrain identifient chez certaines PM. La plupart de nos interlocuteur-ric-e-s constatent que les PM qui fréquentent leurs institutions consultent uniquement en cas de symptômes.

Cela tient d'une part à leur **manque de socialisation à la prévention** dans le domaine des soins telle qu'elle est entendue et pratiquée en Suisse et, d'autre part, à la situation précaire dans laquelle elles vivent, notamment sur le plan juridique et économique. Plus leur précarité est importante, plus elles consultent dans l'urgence.

En gros, les sans-papiers ne viennent presque que quand quelque chose leur fait mal ou quand il y a quelque chose d'urgent. Sinon, ils sont toujours tellement occupés à survivre, enfin, soit au travail, d'une certaine façon toujours sous pression. Autrement dit, ils viennent toujours quand il y a déjà quelque chose, ou quand elles ont peur d'être enceintes [...]. Ils viennent en fait toujours quand ils sont en souffrance, rarement quelqu'un vient et dit 'j'aimerais bien une consultation, j'aimerais des informations', c'est très rare [...] la majorité n'est pas comme ça. (ACT, traduit de l'allemand)

Les réticences à se faire tester viennent également du fait que le VIH est **associé à des pratiques sexuelles ou formes de sexualité perçues comme moralement et socialement déviantes**, comme les relations extra-conjugales, l'homosexualité ou la prostitution. Ces pratiques sont opposées aux normes sexuelles associées aux relations de couple, à la fidélité, l'hétérosexualité et la cisnormativité.

Mais avec le test VIH, ils pensent 'd'accord, il a fait quelque chose en dehors de la norme que nous avons'. Par exemple, les maladies sexuellement transmissibles, c'est seulement quand quelqu'un fait quelque chose en dehors du mariage, par exemple, ou du couple, etc. [...]. Si une personne a été stigmatisée, quand il va dans un centre de dépistage, ça va jouer un rôle énorme. Alors maintenant il est vulnérable, parce que la communauté stigmatise quelqu'un qui a été dans un centre de dépistage ou qui est positif au VIH. (ACT, traduit de l'allemand)

Il n'est pas rare que le VIH soit perçu comme « *une punition de Dieu* » qui vient sanctionner un comportement non conforme aux normes sociales et sexuelles auxquelles les PM ont été socialisées, autrement dit un comportement inacceptable, source de stigmatisation. Or, dans la même logique, se soumettre à un test de dépistage du VIH est perçu comme l'aveu d'avoir cédé à ce type de comportement, les exposant au risque d'être stigmatisées, notamment dans les communautés d'origine.

La punition divine, selon une ACT originaire d'un pays de l'Afrique subsaharienne, fait écho au **manque d'empathie** vis-à-vis des personnes séropositives, alors que toute autre forme de maladie génère solidarité et entraide à l'égard de la personne malade.

Le VIH c'est la peur. C'est 'Ah qu'est-ce que vous avez fait ?'. 'Ah c'est un envoûtement. Je vais pas m'approcher'. C'est surtout la peur. La peur... Le VIH c'est la mort. Le VIH c'est voilà 'j'ai pêché, j'ai peur, j'ai fait un truc pas bien'. Parce que la maladie est toujours lié à la sphère spirituelle aussi donc voilà. [...] C'est un tabou parce que si je prends l'exemple de chez nous, la maladie est source de grande solidarité. Quand quelqu'un est malade, tout le monde est là autour. Toutes sortes de maladies ; mais dès qu'on parle du VIH, il y a personne. (ACT)

Par ailleurs, parmi les PM vivant avec le VIH que nous avons rencontrées, 4 personnes sur 5 soulignent percevoir une dimension « *honteuse* » à la maladie y compris dans le contexte suisse. Trois d'entre elles (diagnostiquées en Suisse ou ailleurs en Europe en 2000, 2005 et 2018) disent se sentir « *sales* », tout en sachant avoir une charge virale indétectable, telle cette femme transgenre diagnostiquée en Suisse en 2018 :

I cannot accept at that time, because, it's really rude. My life becomes... for me it's finished. I'm not proud anymore to myself, I really feel down because... before, I was proud of myself,

because I am healthy, I'm clean. But when I know this AIDS, I feel so dirty. I feel so dirty to myself, I really feel dirty, because I'm not healthy anymore. And I'm afraid, because if somebody knows I have this sickness, they don't like me anymore, because I'm dirty, because I feel really dirty of myself, even now I know I'm undetectable [crying]... (PM)

Par ailleurs, dès la réception du diagnostic de séropositivité, les personnes vivant avec le VIH que nous avons rencontrées rendent compte d'une expérience commune : le travail symbolique de construction du sens de la maladie. Chacune d'elles, selon le moment et le contexte relationnel dans lesquels la contamination au VIH a eu lieu par rapport à sa trajectoire affective et sexuelle¹⁴, mais aussi selon ses représentations du VIH et ses croyances religieuses, construit le sens de sa maladie. Par exemple, cet homme qui s'identifie comme cisgenre et homosexuel, originaire d'un pays de l'Amérique latine, croyant et pratiquant, interprète le VIH comme une sanction divine pour un comportement de rejet qu'il avait à l'égard des personnes séropositives avant son diagnostic :

C'était la première personne que je savais qui s'était infectée par le VIH. Il a fait une fête chez lui et je suis allé. Quand il est venu chez moi et il m'a donné un verre, j'ai dit 'mon Dieu, qu'est-ce que je vais faire ?' Je suis allé aux toilettes, j'ai lavé mes mains, j'ai lavé le verre... Et peu après j'ai découvert que j'étais aussi positif. Et donc avec ça, c'était une catastrophe, parce que j'ai dit 'mon Dieu je crois que ça, c'est une punition que Dieu m'a donnée', parce que j'avais beaucoup de préjugés et maintenant je dois accepter ça, je dois vivre ça pour savoir comment ça se passe... (PM)

Toutes les 5 PM vivant avec le VIH que nous avons rencontrées se montrent très prudentes dans la gestion de l'information relative à leur séropositivité. Elles ne la confient qu'à un nombre très restreint de proches ou à d'autres personnes qui vivent, elles aussi, avec le VIH. Parmi elles, les 3 personnes qui sont originaires de l'Afrique subsaharienne se décrivent comme particulièrement vigilantes dans la gestion de l'information relative à leur séropositivité dans leurs communautés ethniques, que ce soit au pays d'origine ou en Suisse. Elles disent préférer se confier à des personnes « blanches », car elles estiment recevoir davantage de soutien de leur part.

It is better to keep it for yourself, because if you tell them [Black people], you have only problems. I prefer to tell to White people. I told to some White people, because I know they have different minds, honestly. Like these Blacks living here [homeless hostel], I don't tell them, because I know them, they have the same mentality of those back home. [...] I have lived in Europe from quite sometimes and I see differences between Black and White mentalities. So that's why I don't tell to Black people, just to White people. Like the guy here to whom I told, he never treated me bad. He even came more close to me. He always assisted me, he always helped me. He never rejected me. Even when I have bad hair day, I can't tell to Black here. (PM)

La **stigmatisation des personnes séropositives**, qui devient double stigmatisation pour les personnes LGBTQI+ et travailleuses du sexe, est sans doute un frein au dépistage, puisqu'elle amplifie la crainte en cas de résultat positif. Les HSH qui ne s'identifient pas dans la communauté gay ont tendance à moins fréquenter les Checkpoints, ce qui se répercute sur la pratique du test de dépistage.

¹⁴ Trois personnes disent avoir été contaminées par voie sexuelle, alors que deux personnes ne connaissent pas le contexte de contamination.

Enfin pour les personnes travailleuses du sexe, la crainte de l'**impact** d'une éventuelle séropositivité au VIH sur l'**exercice de la profession** est évoquée par les acteur·rice·s rencontré·e·s comme une raison de ne pas faire le test. Les personnes travailleuses du sexe transgenres sont décrites comme des personnes particulièrement réticentes à se faire tester par peur de perdre leur clientèle.

Les travailleuses du sexe transgenres c'est pas du tout un milieu homogène. Il y en a qui viennent d'Amérique du Sud, d'autres de Roumanie. C'est pas du tout une communauté [...] c'est le marché, c'est le business. Si on les dépiste positives, elles ont peur que ça se sache puis qu'après elles perdent tous leurs clients. On en a dépisté une ou deux. Il y en a une qui était hyper angoissée... (ACT)

4.4 Très faible recours à la PEP et à la PrEP

Le recours à la PEP et à la PrEP de la part des PM est jugé comme très faible par les ACT rencontré·e·s. Pour ce qui est de la PEP, peu de personnes s'adressent aux services spécialisés pour en faire la demande. Selon nos interlocuteur·rice·s, cela s'explique, d'une part, par le **manque d'informations** sur ce traitement d'urgence et, d'autre part, par le fait que la **prise de conscience** d'avoir eu un rapport sexuel potentiellement à risque d'infection au VIH peut être un processus **long** et **difficile**. Elle implique la connaissance des situations à risque, la reconnaissance que la situation vécue fait partie de celles-ci, la connaissance de la PEP, la capacité à trouver les services spécialisés qui la pratiquent et le courage de s'y rendre pour une consultation. Toutes ces démarches prennent du temps, alors qu'on sait que l'efficacité de la PEP dépend du temps écoulé entre la prise de risque et le début du traitement : plus elle commence tôt, plus elle est efficace.

Or, si le processus de prise de conscience de s'être exposé·e·s à un risque d'infection au VIH n'est facile pour personne, il l'est encore moins pour certaines PM, pour les raisons déjà évoquées (méconnaissances médicales, représentation très négative du VIH, situation de vulnérabilités multiples). La peur d'être dénoncées les dissuade d'aller consulter, et si les coûts de la PEP sont pris en charge par l'assurance de base, encore faut-il qu'elles soient affiliées à une caisse maladie.

Parmi les PM rencontrées, la **PEP** est connue par un nombre restreint de personnes ayant le même profil que celles qui connaissent le concept U=U et quelques personnes travailleuses du sexe. Par exemple, un homme homosexuel travailleur du sexe qui vit en Suisse depuis 2017 sait qu'il existe la possibilité de prendre un médicament après une exposition au risque de contracter le VIH, mais ne saurait pas où s'adresser pour l'obtenir :

A Londres, il y avait une fois une situation, où un bon ami de moi avait une relation avec un autre homme [...] ils ont eu des relations sexuelles et le préservatif s'est cassé. Et l'autre avait le VIH et ensuite j'ai vu la souffrance de mon ami à moi. [...] Et il a reçu des pilules qu'il faut prendre dans les 24 heures après être entré en contact avec du sperme infecté. Et ça, ça a été une expérience pour moi. Mais je ne sais pas maintenant, si quelque chose comme ça m'arrivait, où je pourrais aller. Je ne sais pas, comment je peux trouver ces pastilles, enfin, ces pilules. Je pense que c'est seulement dans les hôpitaux. (PM, traduit de l'allemand)

Quant aux HSH, alors que la PEP est une pratique de réduction des risques fréquemment utilisée dans ce milieu, il n'en va pas de même pour les **HSH issus de la migration**. Comme nous l'avons déjà évoqué, ces derniers ne sont **pas nombreux à fréquenter les structures** comme les Checkpoints, lieux spécialement conçus pour les HSH et les personnes transgenres, où ces personnes trouvent toutes les informations

relatives au VIH/IST et peuvent suivre les traitements nécessaires. Parmi les 6 personnes que nous avons rencontrées susceptibles de fréquenter ces structures, une seule l'a fait. Cela est lié au fait que les personnes qui fréquentent les Checkpoints sont décrites comme des personnes qui, pour la grande majorité, s'identifient avec la communauté LGBTQI+, alors que cette identification semble être moins présente chez les PM.

On s'est aussi rendu compte que quand c'était trop identitaire, quand les personnes sont en questionnement identitaire, c'était trop pour elles d'aller dans des lieux comme les Checkpoints. Donc, ça dépend toujours comment la personne, en fait, elle assume son homosexualité, voire sa bisexualité. (ACT)

La **stigmatisation** et la **discrimination de l'homosexualité** dans certains pays d'origine des HSH issus de la migration peut rendre difficile leur identification avec la communauté LGBTQI+. Cela peut être accentué par la crainte d'être stigmatisés et discriminés par les communautés d'origine présentes en Suisse. Mais ces difficultés peuvent également venir du fait que les HSH issus de la migration ne se reconnaissent pas dans les modèles mis en avant par la communauté LGBTQI+ dans les pays occidentaux.

Selon le point de vue des ACT rencontré·e·s, le faible recours à la PEP concerne également les **personnes travailleuses du sexe**. Si les raisons mentionnées ci-dessus s'appliquent pour celles-ci également, une raison supplémentaire vient s'ajouter ici : la **stigmatisation** du métier exercé.

Par ailleurs, les travailleuses du sexe avec passeport espagnol me disent, 'mais comment je peux expliquer quel métier je fais ? Parce qu'ils vont me poser plein de questions si je prends la PEP'. La PEP est gratuite en Espagne, mais la plupart n'en n'ont pas pris, parce qu'elles ne vont pas dire quel métier elles font. Donc elles ne veulent pas donner trop d'informations de qu'est-ce qui s'est passé, etc. Donc je leur dis, ici il n'y a pas de problème. C'est un travail légal, il est réglementé et il est légal. (ACT)

Nos interlocuteur·rice·s indiquent que le **recours à la PrEP** est lui aussi très faible. Cela s'explique, entre autre, par les coûts de ce traitement. Même si, depuis 2019, des génériques du médicament utilisé pour ce traitement sont disponibles en Suisse, les **coûts** de la PrEP restent **très élevés** pour les personnes en situation de grande précarité économique. En effet, le remboursement par les caisses maladie des prestations accompagnant la PrEP (consultations, tests et analyses de laboratoire) n'est pas garanti. En raison des contraintes relatives à l'accessibilité de ce moyen de prévention, quelques interviewé·e·s nous ont confié avoir renoncé à en faire la promotion, ce qui réduit considérablement les possibilités de faire connaître le produit.

Je trouve cela délicat, de promouvoir quelque chose si on peut pas le leur offrir. On peut pas leur dire 'hé, ça existe, mais de toute façon, tu ne peux pas te le permettre'. Je trouve que c'est une histoire frustrante, c'est comme une discussion qu'on a eue il y a des années avec les tests du VIH pour les sans-papiers : est-ce que ça sert à quelque chose de faire un test si, selon le diagnostic, rien ne peut être proposé. (ACT, traduit de l'allemand)

Par ailleurs, selon une interviewée, le non recours à la PrEP par les HSH issus de la migration en situation de vulnérabilité se reflète également dans le programme en cours SwissPrePared¹⁵.

¹⁵ Le programme « SwissPrePared a pour but de fournir à toute personne présentant un haut risque de contracter le VIH la meilleure prise en charge médicale, que cette personne prenne la PrEP ou non, ceci afin de prévenir toute nouvelle infection par le VIH. Pour ce faire, le projet SwissPrePared se base sur 2 axes: 1. Le premier est un programme conçu pour améliorer la qualité de la prise en charge quand une personne souhaite prendre la PrEP (p.ex. amélioration des conseils donnés par les médecins ou

Du côté des PM rencontrées, la PrEP n'est connue que par les personnes qui s'identifient en tant qu'homosexuelles ou queer. Une seule personne nous dit y avoir recours.

Après je suis allé parce que j'avais une infection... je suis allé à l'hôpital et il y avait une infirmière qui m'a raconté le PrEP. Jusqu'à (nom de la ville), en Suisse, je ne savais pas, je n'avais jamais entendu, je connaissais pas. Et elle m'a proposé : 'si tu n'aimes pas le préservatif et si tu veux faire du sexe sans préservatif, tu peux utiliser le PrEP. (PM)

4.5 Difficultés d'accès et de continuité des soins pour les personnes infectées

Pour les personnes infectées, la vulnérabilité au VIH/IST se traduit par des difficultés d'accès aux soins ou par le manque de continuité de ceux-ci, nécessaires à la guérison (pour certaines IST) ou au maintien d'un taux de virémie indétectable pour le VIH. Selon le point de vue des ACT interviewé-e-s, les difficultés rencontrées par les PM sont à la fois d'ordre matériel et socio-culturel.

Les problèmes d'affiliation à l'assurance maladie

Une **partie de PM** que rencontrent les ACT interviewé-e-s n'a **pas d'assurance maladie**. Cela signifie qu'elles ne bénéficient pas de couverture des prestations médicales en cas de maladie ou d'accident. C'est notamment le cas des personnes déboutées de l'asile en situation de clandestinité et des personnes sans-papiers. Mais cela concerne également des personnes au bénéfice d'un permis de 90 jours qui seraient censées avoir une assurance maladie dans leur pays d'origine mais qui, parfois, n'en ont aucune.

Au cours des dernières années, nous avons eu beaucoup une sorte de travailleurs migrants européens. Je veux dire, par exemple, les Européens de l'Est, les Roumains, les Hongrois qui ont voyagé dans toute l'Europe à la recherche de travail. [...] qui viennent certes de l'UE, mais qui n'ont pas d'assurance maladie. Par ailleurs, ils en ont pas dans leur pays d'origine et puis ils ne peuvent pas non plus en avoir à l'étranger, c'est-à-dire ici en Suisse. C'est l'un des gros problèmes. [...] ça en concerne justement beaucoup. Parce que dans beaucoup de pays de l'UE, les soins de santé ne sont pas garantis, comme actuellement en Roumanie. Là-bas, c'est simple : ceux qui peuvent se le permettre, peuvent le faire. Mais les gens qui viennent chez nous, ne le peuvent très souvent pas. (ACT, traduit de l'allemand)

Selon le type d'institution dans laquelle les ACT travaillent, la part de PM sans assurance maladie peut être plus ou moins importante. Dans les structures à bas seuil, le taux de personnes dans cette situation peut grimper jusqu'à 95% selon une interviewée.

C'est 95% de nos cas, ils sont tous ici avec nous. Parce qu'en Suisse c'est comme ça, qu'en fait les sans-papiers pourraient fondamentalement avoir une assurance maladie, mais ils ne peuvent presque pas s'assurer seuls, parce qu'ils ne veulent pas de l'assurance maladie. [...] ces dernières années on a vu que c'est devenu exagérément cher, les primes d'assurance maladie, qu'ils ne peuvent plus supporter les coûts. Parce qu'évidemment, ils gagnent des broutilles et ensuite la moitié du salaire va pour la prime d'assurance maladie. Souvent, ils ne peuvent même pas prendre un modèle d'entrée de gamme, parce qu'ils ne parlent pas la

autre personnel soignant). 2. Le second est une étude ayant pour objectif de répondre scientifiquement à des questions importantes sur la PrEP et sur la santé des personnes souhaitant prendre la PrEP. SwissPrEPared est donc un projet commun entre des membres de la communauté et des partenaires du domaine médical ». Pour plus d'informations : <https://www.swissprepared.ch/fr/> [lien consulté le 15 septembre 2021].

langue locale, parce qu'ils n'ont pas d'accès à internet, qu'est-ce que j'en sais, pour diverses raisons. (ACT, traduit de l'allemand)

Si les **coûts des primes mensuelles** pèsent sur la capacité à être affilié à une **assurance maladie** (assurance obligatoire des soins) pour les personnes en situation de précarité, d'autres dimensions interviennent également, comme la **Crainte de dénonciation** pour les personnes en situation irrégulière, l'**absence d'un domicile fixe** pour les personnes itinérantes, ainsi que la **complexité du système** qui en rend difficile sa compréhension pour des personnes non socialisées en Suisse : « *Déjà, comprendre une assurance... les primes, la franchise. C'est déjà compliqué pour tout un chacun, mais pour quelqu'un qui vient d'une autre culture, qui parle une autre langue, c'est encore bien plus compliqué* » (ACT).

Quant aux personnes affiliées à une assurance maladie, si elles ne sont pas indépendantes sur le plan économique et que le paiement des primes mensuelles est effectué par leur partenaire ou conjoint-e (cas évoqués par des ACT interviewé-e-s), elles s'exposent au risque d'être prises dans des rapports de pouvoir qui leur sont défavorables. Les risques de **domination**, voire d'exploitation, sont particulièrement importants dans les relations entre une personne qui entretient une autre personne en échange de faveurs sexuelles.

Les coûts des traitements

Pour les personnes affiliées à une caisse maladie, les coûts de traitements du VIH/IST sont pris en charge par l'assurance de base. Reste qu'il faut payer la **franchise annuelle** et la **quote-part**. Si celle-ci est plutôt contenue en cas de traitement pour une IST autre que le VIH, en cas de traitement contre le VIH elle est bien plus élevée et peut peser lourdement sur le budget des personnes en situation de précarité.

De plus, nombreuses sont les PM affiliées à une caisse maladie qui ont une haute franchise. Ce système pousse les personnes plus précaires à **renoncer à certains soins**, car elles devraient payer elles-mêmes les traitements jusqu'à concurrence de la franchise.

Quand on a 2500 francs par mois on a intérêt à n'être jamais allé chez le médecin. Et parfois on peut être malade sans vouloir aller. Parfois on est malade sans vouloir aller en pharmacie parce que ça va coûter 20 francs ce qu'on cherche et puis on l'a pas ces 20 francs là. Et les migrants sont beaucoup endettés, mais beaucoup endettés. (ACT)

Pour les personnes vivant avec le VIH, la participation aux coûts des traitements sous forme de quote-part atteint les 700 CHF par année (quote-part maximale), montant qui vient donc s'ajouter au paiement des primes mensuelles et de la franchise annuelle. Quand ces personnes dépendent économiquement de leur partenaire ou conjoint-e, ces coûts de santé élevés accentuent les inégalités dans le couple et provoquent des tensions.

C'est-à-dire que déjà le VIH, en général, fait une crise dans le couple. Et en plus si la personne est complétement dépendante financièrement du mari puis qu'il faut payer l'assurance maladie qui coûte plus cher avec la quote-part parce qu'il y a le VIH... Donc, déjà c'est difficile à avaler la pilule du VIH, en plus la peur de s'être fait infecter soi-même, bon si après la personne est pas infectée, elle est rassurée. Mais si en plus, elle doit payer l'assurance maladie plus tout pour la personne, ça va créer une crise dans le couple qui est encore plus forte. (ACT)

Dépendantes de leur partenaire ou conjoint-e pour rester en bonne santé, ces personnes vivant avec le VIH sont prises dans des rapports de domination qui leur sont défavorables et par conséquent elles sont

plus à risque que les personnes indépendantes sur le plan économique d'être exposées à des mauvais traitements. Ces risques sont encore plus grands pour les personnes prises dans des relations d'entretien en échange de faveurs sexuelles.

Les consultations dites tardives

De nombreux·euses ACT qui travaillent dans le domaine médical mettent en avant le fait que souvent leur patientèle ne vient pas tout de suite les consulter lorsqu'elle présente des symptômes de maladie. Elle attend fréquemment le moment où elle ne peut plus faire autrement, c'est-à-dire « *quand c'est déjà grave* », notamment quand il s'agit de problèmes en lien avec la santé sexuelle, sphère qui est considérée comme « *taboue* ».

Malheureusement les gens s'expriment quand c'est déjà grave. C'est courant de remarquer ça en fait malheureusement. En tout cas les gens parlent de leur situation de santé quand c'est déjà grave. Donc des situations où il faut vraiment une intervention médicale et la situation est critique. [...] Dans la culture africaine on parle pas de sexe, pas comme ça ouvertement. C'est peut-être caricatural, mais, de manière générale, c'est pas un sujet qu'on aborderait comme ça, ouvertement. (ACT)

Les femmes qui travaillent dans le domaine du travail du sexe sont décrites par les ACT comme des « *battantes* ». Ayant migré dans le but principal de gagner de l'argent, elles endurent au travail au risque de négliger d'éventuels premiers symptômes d'une maladie.

Les femmes viennent chez nous volontairement et ça c'est beau. Mais ça veut dire que seules celles qui ont des troubles et qui pensent 'c'est important pour moi' viennent chez nous. Il y a certainement un certain nombre d'entre elles qui ne viendraient pas, qui vraiment à cause de leur manque de connaissance en matière de santé. [...] elles ne viennent que quand la pression, je veux dire la pression sanitaire, est si forte, qu'elles viennent. (ACT, traduit de l'allemand)

Au-delà des coûts des traitements et du fait que les personnes travailleuses du sexe ignorent volontairement les premiers symptômes et les premières douleurs, la socialisation à des modèles de prévention autres que le modèle occidental amène les PM à consulter tardivement, une fois que les symptômes s'additionnent. Le risque de se voir **stigmatisé·e·s dans les communautés d'origine** est également considéré par les ACT interviewé·e·s comme un frein à toute consultation médicale spécialisée dans le domaine de la sexualité et des maladies qui lui sont associées.

Le défi de l'adhérence aux traitements

Chez les PM, l'adhérence aux traitements, surtout aux traitements ARV contre le VIH qui doivent être pris à vie, représente un défi majeur, eu égard aux **conditions** dans lesquelles elles vivent, à leurs **lacunes de connaissances** sur le sujet, à leurs **croyances** sur des formes alternatives de guérison et à la **stigmatisation** envers les personnes séropositives ressentie notamment dans les communautés d'origine.

Une part importante des PM rencontrées vit dans des conditions de précarité, voire de grande précarité, et d'instabilité juridique (permis de séjour précaires ou absence de permis). Pour ces personnes, la satisfaction des besoins fondamentaux (avoir un logement et de la nourriture) est prioritaire par rapport au suivi d'un traitement médical. Cela les oriente vers une mobilité intra-nationale, considérée comme forte du point de vue des ACT qui travaillent dans des structures à bas seuil.

Après ils partent, ils savent où ils peuvent aller... il y en a qui viennent et qui nous disent cette semaine je serai trois jours à [nom d'une ville dans un autre canton], puis trois jours à [nom d'une ville dans un autre canton], mais je reviens vous voir la semaine prochaine. Ils trouvent une chambre quelque part pour trois jours... il y en a qui viennent ici et leur fortune c'est deux sacs en plastique, quoi. C'est tout ce qu'ils ont, quoi. (ACT)

Parmi les PM vivant avec le VIH que nous avons rencontrées, cela est le cas d'une personne sans-papiers qui nous raconte vivre entre deux cantons, au grés des opportunités de soins et de logement. Dans un tel contexte d'**instabilité** et de **mobilité**, le suivi du traitement médical est mis à rude épreuve.

D'autres formes de non adhérence aux traitements médicaux mettent en lumière le **manque de connaissances** (ou de prise de conscience) quant à l'impact d'une interruption du traitement ARV sur la charge virale. En cas d'interruption du traitement, la charge virale redevient détectable (« rebond viral » dans le langage médical), ce qui expose la personne au risque de développer des symptômes de primo-infection, voire à l'apparition de maladies liées au VIH, sans compter qu'elle peut contaminer une autre personne lors de rapports sexuels non protégés. Les PM concernées par ces formes de non adhérence aux traitements procéderaient à des interruptions provisoires du traitement, feraient des « *pauses thérapeutiques* » pour reprendre le terme d'un ACT interviewé, sans consulter l'avis d'un-e médecin.

Il y a des gens qui décident eux-mêmes de faire une pause dans leur thérapie, bien qu'ils soient en thérapie, pour le VIH par exemple. [...] donc ils n'ingèrent pas leurs médicaments. Parfois ils pensent 'si j'arrête quelques jours ou semaines, ce ne sera pas problématique'. Mais pourtant si, ça a beaucoup de conséquences, donc même si c'est pour deux semaines, même pour un mois, mais les raisons sont différentes. Il y a les choses qui ont à voir avec l'adhérence, c'est-à-dire de ne pas vouloir être vu, c'est-à-dire avec quelqu'un, c'est-à-dire quand ils partent en vacances. Et ensuite il y a aussi des raisons qui sont en lien avec les symptômes ou les effets secondaires. (ACT, traduit de l'allemand)

Parmi les 5 personnes vivant avec le VIH que nous avons rencontrées, l'interruption du traitement ARV est thématiquée par un homme diagnostiqué en 2005 dans un pays de l'Europe méridionale où il séjournait de manière clandestine, après avoir vécu quelques années dans des pays voisins. Cet homme nous dit avoir interrompu à plusieurs reprises le traitement ARV à cause de ses effets secondaires. Quand son état de santé a commencé à se détériorer, sur les conseils d'une connaissance, il a rejoint la Suisse. Depuis, il est suivi en milieu hospitalier et prend son traitement de manière régulière. Son cas montre comment les **traitements médicaux** s'insèrent dans des **parcours transnationaux**, ce qui représente un défi pour les ACT impliqué-e-s dans le suivi médical de ces personnes, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

Les **croyances dans des modes de guérison alternatifs** (spiritualité, médecines alternatives) à ceux promus par l'approche biomédicale, ou tout autre forme de croyances, compliquent l'adhésion aux traitements, quand elles ne le remettent pas en question. Parmi les PM séropositives rencontrées, aucune n'a exprimé des croyances de ce type. Parmi les ACT, une personne relève que pour les personnes croyantes sur le plan religieux, la guérison du VIH peut passer par Dieu et la prière, alors que d'autres personnes se tournent du côté de la médecine traditionnelle.

Un jeune colombien m'avait demandé qu'est-ce que je pensais de 'est-ce que Dieu pouvait guérir le VIH' parce que sa mère pensait ça. Et que du coup j'ai pu un peu lui expliquer... [...] pour en revenir aux croyances, parce que dans la communauté subsaharienne notamment puis probablement l'Amérique du Sud aussi, puis chez les évangélistes, puis dans les familles très religieuses, il y a ce risque-là de croire que... puis j'ai récemment entendu une histoire

d'une personne qui est allée en Inde pour faire un truc ayurvédique puis qui veut maintenant arrêter sa trithérapie parce qu'il est guéri du VIH. (ACT)

Enfin, les difficultés d'adhérence au traitement, voire les refus de traitement, que rencontrent les personnes séropositives, peuvent découler d'une forme de non acceptation de la maladie, en raison de l'**intériorisation du stigmaté**, que ce soit dans leur pays d'origine ou parmi les communautés d'origine en contexte migratoire. Si, comme on l'a vu, cette stigmatisation est perçue comme particulièrement forte dans les pays subsahariens et les communautés de la même origine, elle ne se cantonne ni à ces pays, ni aux personnes ayant ces origines. Les ACT évoquent les cas de personnes issues du Moyen Orient, de l'Asie et, comme dans ce cas, de l'Amérique du sud :

À l'hôpital, je me rappelle d'une patiente brésilienne qui associait le VIH à quelqu'un d'une mauvaise vie... Elle a jamais accepté cette infection. Elle a jamais pu prendre un traitement. Elle doit être décédée parce qu'elle arrivait pas à avaler ce comprimé. Accepter cette infection, c'était pas possible pour elle. Probablement que ça l'associait à une travailleuse du sexe. Ça l'associait à quelque chose qu'elle ne pouvait pas accepter d'être. C'était de l'auto stigma hyper puissant. (ACT)

Par ailleurs, selon les constats posés par plusieurs ACT interviewé-e-s, la stigmatisation ressentie par les PM vivant avec le VIH les contraint à faire preuve d'une grande **vigilance** dans la **gestion de l'information relative à leur séropositivité**. Souhaitant garder le secret sur celle-ci, elles doivent mettre en œuvre des stratégies, recourir à des tactiques ou à des « astuces » pour éviter que les personnes autour d'elles ne puissent découvrir leur séropositivité à partir de quelques indices comme les rendez-vous médicaux dans les services des maladies infectieuses, les types de médicaments pris ou les rendez-vous dans les associations de lutte contre le VIH/IST.

Selon le degré d'intimité entre la personne vivant avec le VIH et toutes celles qui ignorent sa séropositivité, ce travail de gestion de l'information est plus ou moins laborieux, ainsi que source de stress et d'anxiété pour elle. C'est notamment le cas, lorsque la personne à qui le secret est caché est le-la partenaire avec qui on partage sa vie quotidienne. Mais cela dépend également des enjeux de la relation autres que sentimentaux, comme en cas de dépendance économique du-de la partenaire et/ou de dépendance juridique pour les personnes ayant un permis de séjour acquis via le mariage ou espérant l'acquérir ainsi.

Quant aux PM ayant dévoilé leur séropositivité à leurs partenaires, selon les informations dont quelques interlocuteur·rice-s disposent, leur situation n'est pas toujours plus avantageuse. Une interviewée rapporte à plusieurs reprises des situations de « **harcèlement** » vécues par des femmes migrantes vivant avec le VIH et en couple avec des hommes séronégatifs, tout en précisant que ces types d'abus concernent également les femmes suisses. Cela tient à la redevabilité attendue par leurs partenaires ou conjoints.

Du moment où tu es séropositive, tu deviens vulnérable à tous les niveaux. [...] 'Je te donne quelque chose en passant du temps comme partenaire malgré ton VIH, donc tu me dois reconnaissance. Tu me dois... tu m'es redevable, parce que tu n'es pas digne de m'avoir. Je te rends service et tu dois faire tout ce que je veux que tu fasses'. [...] Il y a une dette à assumer d'une manière ou d'une autre. Des relations sexuelles même quand j'ai pas envie parce que voilà je lui dois quelque chose. Je dois me soumettre. (PM)

Néanmoins, cette attente de redevabilité et les formes de violence subies par les femmes séropositives prennent une dimension encore plus dramatique chez les femmes migrantes dont la possibilité de rester en Suisse dépend du **permis acquis** (ou en cours d'acquisition) **via le mariage**. Cela montre que le **VIH** peut

jouer un rôle de catalyseur **des rapports de domination au sein du couple** (les créer ou les exacerber). C'est notamment le cas pour une femme que nous avons rencontrée qui vit avec le VIH depuis 20 ans. Elle raconte comment son mari a colporté l'information relative à son diagnostic dans sa communauté d'origine en Suisse, ce qui lui a valu, comme on le verra plus loin, d'être marginalisée par sa communauté :

Au début il l'a bien pris, mais après tous les gens de la communauté [nom de la communauté ethnique d'origine] savaient que j'étais... Il m'a trahie. Il a été dire aux gens... après les autres savaient, mais toi tu sais pas comment ils savaient... et chaque personne croit que... les gens pensent qu'ils peuvent prendre les décisions à ta place. C'est comme s'ils se sentent supérieurs de toi, parce que comme toi c'est fini, t'es condamnée. (PM)

5 Imbrication des vulnérabilités et VIH/IST

Les vulnérabilités auxquelles toute personne est confrontée sont situationnelles et changeantes. Elles peuvent s'aggraver ou s'atténuer en fonction des événements qui interviennent dans son parcours de vie, des structures dans lesquelles elle évolue, des ressources dont elle dispose et de sa capacité à les mobiliser. Il faut donc les considérer davantage comme des processus que des états, comme nous l'avons déjà montré par rapport aux femmes migrantes d'origine subsaharienne vivant avec le VIH en Suisse (Mellini et al., 2020).

Par ailleurs, pour la plupart des PM, ces vulnérabilités sont le prolongement, sous des configurations inédites, de situations déjà vécues autant dans le pays d'origine que pendant le voyage. Si la précarité économique dans le pays d'origine est une condition commune à beaucoup de PM, dès leur arrivée en Suisse, s'ajoutent des discriminations et des violences en lien avec leurs appartenances ethniques, idéologiques et religieuses, ainsi que, pour les personnes LGBTQI+, en lien avec leur OSIEG non hétéro-cis.

Si nous n'avons pas questionné les PM sur leur parcours migratoire, un nombre important d'ACT interviewé-e-s ont thématiqué les difficultés et épreuves auxquelles sont confrontées les PM avec lesquelles il-elle-s entrent en relation dans le cadre de leurs pratiques professionnelles. Les violences sexuelles subies en font partie. Bien que l'accent soit mis sur les violences d'ordre sexuel vécues par les filles/femmes qui entreprennent seules le voyage, les violences sexuelles à l'égard des garçons/hommes sont également mentionnées, tout comme les différentes autres formes de maltraitance infligées spécialement par les passeurs.

Ils racontaient des violences pendant le trajet, les passeurs pour qu'ils ne consomment pas l'eau, ils mettaient du kérosène dans l'eau. Donc c'est des maltraitances physiques également, ils mettent tellement de monde dans ces bateaux, et dès que vous commencez à vous plaindre, c'est... Le bateau est parfois si plein, si vous êtes mourant, devant toutes les personnes, ils vous jettent à la mer. C'est vraiment des films d'horreur. [...] Ils racontaient des viols aussi, viols des garçons, viols des femmes. Les femmes, elles prennent des contraceptifs de 3 mois quand elles viennent pour la traversée, elles se préparent en fait pour être violées. C'est qu'elles se disent 'de toute manière je vais être violée, mais pour ne pas tomber enceinte, je me protège'. Je trouve ça, mais d'une violence inouïe. (ACT)

Déjà fragilisées par les violences subies dans le pays d'origine et pendant le parcours migratoire, une fois arrivées en Suisse, les PM doivent continuer à faire face à un cumul de vulnérabilités. D'une personne à l'autre, celles-ci s'agencent différemment en fonction des motifs et du contexte dans lequel le projet migratoire se réalise (migration économique, regroupement familial, migration de personnes seules, traite) ; du statut légal en Suisse ; des caractéristiques de chaque personne (âge, origine ethnique, OSIEG, niveau de formation, statut socio-économique) ; de ses connaissances du système suisse (lois, droits, institutions, etc.), ainsi que de leur capacité à mobiliser les ressources à disposition.

Nous pouvons donc parler ici d'un « système des vulnérabilités » avec une configuration à géométrie variable. Dans ce système, la vulnérabilité juridique joue un rôle prépondérant pour toute PM vivant en Suisse car elle engendre d'autres vulnérabilités, qui tendent à s'enchaîner en cascade. En effet, du permis de séjour dépend la possibilité d'exercer un travail déclaré, source à la fois d'un revenu et de protections sociales, ce qui diminue pour ces personnes le risque d'être prises dans des relations asymétriques d'entretien et d'exploitation. En revanche, le fait de ne pas avoir de permis de séjour ou le fait d'acquérir un permis de séjour via le mariage augmentent le risque de se trouver dans des relations abusives. Les

rapports inégalitaires qui se jouent dans un contexte de dépendance juridique et économique peuvent encore être exacerbés en cas de séropositivité de l'un-e des partenaires.

Ces spirales de vulnérabilités impactent fortement la santé mentale des PM. « *Stress* », « *anxiétés* », « *dépressions* », « *déprimés* », « *fatigue (mentale)* » reviennent avec récurrence autant dans les interviews des ACT que des PM elles-mêmes. « *Scarifications* », « *tentatives de suicide* » et consommations de substances psychoactives (alcool, cannabis, cocaïne, drogues de synthèse) sont également mentionnées. Parmi les personnes que les ACT interviewé-e-s décrivent comme davantage affectées sur le plan de la santé mentale, on retrouve les MNA, les personnes LGBTQI+, les personnes travailleuses du sexe. Cela tient à leurs spécificités qui se déclinent en termes d'âge et de séparation des parents pour les MNA, d'OSIEG qui s'écartent de la norme hétéro-cis pour les personnes LGBTQI+ et de l'exercice d'un métier perçu comme stigmatisant pour les personnes travailleuses du sexe. Mais au-delà de ces spécificités, pour plusieurs ACT rencontré-e-s, le mauvais état de santé mentale des PM serait lié à la condition même de migrant-e face à un système qui leur est étranger, car elles n'y ont pas été socialisées. Une ACT interviewée, elle-même arrivée en Suisse par la LAsi, utilise les termes de « *violence administrative* » pour désigner cela.

C'est une violence administrative dans laquelle vous ne parlez pas français et vous ne pouvez pas accéder à votre assistante sociale. Vous la voyez une fois chaque 3 mois, chaque 4 mois, dans un pays où vous ne parlez pas la langue, vous n'avez pas de repères. Vous venez à la réception, vous demandez d'avoir un rendez-vous, on vous refoule [...] il y a même des psychologues qui parlent de traumatisme helvète, du système helvétique. [...] C'est des jeunes sans repères et les repères ici ils ne les trouvent pas. (ACT)

Quant au VIH/IST, si les enquêtes épidémiologiques identifient des populations davantage concernées par ces infections comme les HSH ou les personnes en provenance de pays à forte prévalence, notamment les populations d'origines subsahariennes, les résultats présentés ici montrent que le risque de contracter ces infections et les difficultés d'accès et de continuité des soins augmentent au fur et à mesure que les situations de vulnérabilité s'additionnent. Une actrice active dans le domaine de l'asile LGBTQI+ décrit de manière très éclairée ce processus dans lequel les représentations jouent également un rôle :

Déjà au niveau de la loi sur l'asile, il n'y a pas une reconnaissance spécifique des persécutions liées à l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou l'expression de genre comme motif d'asile. Donc, au niveau de la loi, il y a déjà une vulnérabilité particulière. Et après, le fait qu'il y a des personnes qui soient et racisées, et LGBTQI+, il y a ce risque de s'exposer à des comportements racistes, ou des représentations racistes des communautés LGBT, et puis de la population, et puis le fait d'être LGBT dans une population très hétéro-cis. Donc là, il y a un cumul d'oppressions et voilà, souvent l'impossibilité de thématiser les véritables motifs de fuite qui font qu'il y a aussi un accès aux prestations de santé qui sont rendues plus difficiles par rapport à cette impossibilité souvent de dire, de nommer... (ACT)

Reste à comprendre comment les vulnérabilités décrites précédemment s'agencent entre elles, donnant forme à des spirales de vulnérabilisation qui expliquent la vulnérabilité au VIH/IST. Le but de ce chapitre est donc, in fine, de saisir les effets des vulnérabilités en lien avec le statut légal, le statut socio-économique, les identités de genre et sexuelles et le travail du sexe sur la vulnérabilité au VIH/IST. Nous le faisons en procédant à des analyses de cas, ce qui nous permet de mieux situer et décrire les processus de vulnérabilisation dans les trajectoires de vie en Suisse des personnes concernées.

5.1 Instabilité juridique et précarité socio-économique

Nous l'avons vu, un nombre important de PM que nous avons rencontrées vivent en Suisse dans des conditions d'instabilité juridique en raison de leurs permis de séjour précaires et ne peuvent compter que sur des revenus très faibles. Pour comprendre comment la vulnérabilité juridique et la vulnérabilité socio-économique s'imbriquent, nous présentons la trajectoire de vie en Suisse de Xenia¹⁶ :

Encadré 1 : Soit l'aide sociale, soit le permis

Xenia est une femme âgée d'une quarantaine d'années, originaire d'un pays de l'Amérique latine, au bénéfice d'un BAC et d'une formation commerciale. Lorsque sa fille a besoin de soins médicaux importants, elle décide de quitter son pays pour que celle-ci soit traitée en Europe. Installée dans un pays de l'Europe du sud, elle se marie avec un homme né dans ce pays et acquière, quelques années après, la nationalité. Mais suite à la rupture de cette relation et ayant deux enfants à la charge, les conditions de vie deviennent difficiles pour Xenia et sa famille. Une amie lui parle de la possibilité de travailler en Suisse comme travailleuse du sexe. Ce qui, de prime abord, lui paraît comme un choix inconcevable devient un non choix. Depuis 2018, munie d'un permis de séjour B, elle séjourne régulièrement en Suisse et travaille comme travailleuse du sexe indépendante.

Sur le plan financier, tout se passe bien pour Xenia jusqu'à la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19. Privée de la possibilité de travailler pendant le confinement, elle n'a pas d'autre source de revenu que 50 CHF par mois d'allocation professionnelle, ainsi que quelques bons d'achat et de la nourriture remis par une association active dans le domaine du travail du sexe qu'elle apprécie beaucoup.

Moralement, c'est mortel. C'est un cycle... Dans ce travail, c'est déjà dur, mais si tu travailles, tu gagnes de l'argent, tu es bien rémunérée, tu vas bien. Mais quand tu es loin de la famille, moralement c'est déjà dur, après si tu gagnes pas bien, t'as les factures qui s'accumulent, tu stresses... donc, moralement c'est beaucoup beaucoup de pression.

Elle ne souhaite pas bénéficier de l'aide sociale, par crainte de perdre son autorisation de séjour.

Je suis allée à l'office de la migration et là on m'a dit 'tu veux recevoir l'aide sociale ? Tu peux, mais quand tu iras faire renouveler ton permis, tu vas le perdre. On va pas te le renouveler'. Et moi j'avais besoin de l'argent, mais je voulais pas perdre mon permis... [...] c'était 2000 francs par mois qu'ils m'auraient donné, pendant le confinement. J'aurais reçu 6000 francs, mais j'aurais perdu le permis. Moi j'avais besoin de l'argent, mais je voulais continuer d'être légale en Suisse. Et alors j'ai des dettes jusque-là [montre au-dessus de la tête]...

Xenia se confie sur sa situation à un ancien client qu'elle considère comme « un ami » qui l'aide à payer ses factures. Au moment de l'entretien, ce Monsieur lui fait pression pour récupérer l'argent prêté.

J'ai des dettes avec lui... et lui m'envoie des textos, il me demande l'argent, Regarde [montre sur son smartphone], ça c'est l'assurance, ça c'est l'AVS, 135, ça c'est la caisse maladie, 354. Et il m'a envoyé un message, regarde ce qu'il dit [...] C'est stressant, c'est terriblement stressant toutes ces dettes ! [...] Donc il m'a aidée pour que je sois pas, tu sais, sur la liste des personnes qui ont des dettes à l'État. Il m'a payé les factures et il a tout noté. Et moi j'ai signé un document que quand tout sera réglé, ce problème, je lui paierai... mais je n'ai pas encore réussi. [...] C'est très dur.

¹⁶ Tous les prénoms figurants dans ce chapitre sont fictifs.

Si Xenia est une travailleuse du sexe et, en tant que telle, concernée par une vulnérabilité spécifique à son travail, sa situation exposée dans l'encadré montre particulièrement l'**imbrication** de la **vulnérabilité juridique** et de la **vulnérabilité socio-économique**. Les personnes ayant un permis de séjour précaire rencontrent plus de difficultés à trouver un travail et exercent des emplois précaires (contrats à durée déterminée, temps partiels, bas salaires, mauvaises conditions d'affiliation aux assurances sociales). À cela s'ajoute l'expérience du déclassement. Si 8 PM interviewées disent avoir une formation de niveau supérieur I (apprentissage/BAC) et 5 de niveau supérieur II (BA, MA), les permis de séjour précaires, ainsi que les difficultés de reconnaissance des formations suivies dans leurs pays d'origine, les placent en situation de déclassement socio-professionnel et entravent leur possibilité d'accès au marché du travail.

Pour donner des exemples supplémentaires, nous retraçons ici brièvement les parcours de formation et le parcours professionnel de trois autres personnes :

- Camo est un homme âgé d'une trentaine d'années, né dans un pays de l'Afrique subsaharienne, détenteur d'un MA dans le domaine de la santé. Arrivé en Suisse par LAsi il y a 8 ans, il est actuellement en instance de recours contre une décision d'asile négative. Il travaille comme bénévole chez des paysans ;
- Daia est une femme âgée d'une trentaine d'années, née dans un pays de l'Afrique subsaharienne, détentrice d'un BAC et d'une formation commerciale. Elle vit en Suisse depuis une dizaine d'années et a un permis B. Elle travaille comme femme de chambre ;
- Jila est une femme âgée d'une quarantaine d'années, née dans un pays du Moyen Orient et détentrice d'un MA en lettres. Arrivée en Suisse il y a 5 ans, elle est au bénéfice d'un permis B et travaille comme bénévole dans le domaine du journalisme.

D'autres personnes rencontrées, notamment celles qui sont en situation illégale, vivent de « *petits jobs* », non déclarés. Les personnes dépourvues de titre de séjour sont celles qui vivent ou ont vécu dans les conditions de plus grande précarité socio-économique. Elles exercent des travaux au noir, mal payés, sans couvertures sociales et sont plus exposées aux risques d'exploitation.

Parce qu'une fois, il y a un Africain comme moi [...] j'avais travaillé avec lui, toute la journée, 9-10 heures, et il m'avait payé 50 francs. Mais pour moi c'est normal, parce que j'avais pas le choix, j'avais besoin et moi je préfère aller travailler toute la journée et prendre 20 francs même que d'aller demander de l'argent. J'ai regardé les 50 francs là, pour moi c'était comme 5000 francs ! (PM)

Si certaines personnes rencontrées perçoivent l'aide sociale (personnes avec permis N, F et B réfugiés), d'autres n'y ont pas droit (personnes déboutées de l'asile, sans-papiers) et d'autres encore refusent d'y avoir recours, par crainte de perdre leur permis B, comme on l'a vu avec le cas exposé dans l'encadré, ou de compromettre une future demande de naturalisation, ce qui démontre bien l'imbrication étroite des vulnérabilités juridique et socio-économique.

L'imbrication de la vulnérabilité juridique et de la vulnérabilité socio-économique restreint, pour les personnes concernées, l'accès au logement, au travail et à la santé. Bien entendu, les personnes déboutées de l'asile et celles qui séjournent en Suisse de manière illégale sont les plus touchées par ces restrictions. La peur d'être dénoncées et renvoyées dans leur pays d'origine ou dans un autre pays de l'Europe, associée à l'état d'indigence dans lequel elles vivent, sont des obstacles majeurs à leur affiliation à une caisse maladie et à l'accès aux soins.

L'imbrication de la vulnérabilité juridique et de la vulnérabilité socio-économique expose les personnes concernées au risque d'être prises dans des relations de couple abusives ou des relations d'entretien. En effet, les personnes dépendantes économiquement et juridiquement du/de la conjoint·e (en raison de l'acquisition du permis de séjour via le mariage avec une personne Suisse ou établie en Suisse) sont particulièrement exposées au risque de violences conjugales qui peuvent se manifester sous la forme d'agressions verbales, physiques ou sexuelles.

La **violence**, à la fois **verbale**, **physique** et **sexuelle**, dirigée vers ces personnes est encore davantage exacerbée en cas de séropositivité. Cela nous a été rapporté par plusieurs ACT interviewé·e·s :

C'est déjà le contrôle, 't'es séropositif, tu sors plus de la maison', 'tu vois plus personne'. Enfin c'est ce pouvoir, cette emprise parce qu'il y a un pouvoir sur les papiers, sur l'argent, sur... Donc en fait ces personnes sont dépendantes et parfois la personne qui est en position de pouvoir elle va devenir maltraitante et contrôlante : si elle contrôle la bourse, elle peut faire du chantage avec l'argent. Elle peut tout décider. Et l'autre personne, elle est à la merci. [...] Cette violence psychologique elle est assez forte parfois et puis après il peut même y avoir de la violence physique. (ACT)

L'expérience qu'une femme vivant avec le VIH nous a confiée va dans la même direction :

Je ne le connaissais pas, c'est ici que je l'ai connu. J'ai commencé à habiter avec lui et il était violent et tout. Et je pouvais pas laisser les enfants là avec lui. Il me tapait moi... Si je faisais quelque chose, il me giflait, il me tapait et tout. J'étais allée à la police et les endroits pour les femmes battues... j'ai eu des expériences d'être tapée, vraiment. (PM)

Comme elle, deux autres femmes nous ont parlé des violences subies au sein du couple. Un homme, légalement et économiquement dépendant de son épouse (permis B acquis via le mariage), nous l'a aussi confié hors enregistrement.

Les personnes victimes d'abus qui séjournent de manière illégale en Suisse estiment ne pas pouvoir déposer une plainte pénale contre la personne auteure de l'abus par crainte d'être expulsées du territoire suisse. Cela est également le cas pour les personnes qui exercent du travail du sexe non déclaré en Suisse (deux personnes) et pour une personne ayant exercé dans des pays où le travail du sexe n'est pas légal. Lorsque l'activité exercée est illégale, les personnes s'exposent à des formes d'exploitation difficilement dénonçables.

Parfois c'est arrivé que les clients, quand je travaillais, que j'ai fourni une prestation et les clients ne voulaient pas payer et je ne pouvais rien faire, parce que c'était comme illégal. Je ne pouvais pas appeler la police et dire 'il ne m'a pas payé'. Et ça, c'est vraiment arrivé plusieurs fois. (PM, traduit de l'allemand)

Cela concerne aussi les PM qui sont en situation de **soumission dans le cadre de relations de couple ou d'entretien**. La soumission peut prendre différentes formes. Plus les PM sont en situation d'irrégularité juridique et de précarité économique, plus elles sont confrontées à des situations de dépendance qui les inscrivent dans des rapports de domination, voire d'exploitation. C'est le cas de femmes mariées qui dépendent du statut juridique et économique de leur conjoint, situation qui les expose au risque de chantage et autres formes de violences verbales, physiques ou sexuelles (rapports sexuels sous la contrainte). C'est également le cas de femmes qui dépendent de particuliers leur offrant des services matériels, comme par exemple un logement, des repas ou le paiement des cotisations de la caisse maladie, en échanges de faveurs sexuelles (transactions sexuelles).

Une ACT interviewée cite le cas de plusieurs femmes originaires de Mongolie qui, pour pouvoir bénéficier d'un logis gratuit chez un particulier, lui offrent des faveurs sexuelles : « *En ce moment chez beaucoup de Mongoles, une m'a dit que chez eux l'accord est simplement le gîte et le couvert et toujours le sexe le matin à six heures. Et si elle ne se tient pas à cela, alors elle peut partir.* » (traduit de l'allemand)

Mais c'est aussi le cas de jeunes hommes hétérosexuels qui sont pris dans des relations d'entretien par des femmes, souvent beaucoup plus âgées, et qui offrent des services sexuels en échange de prestations matérielles. Plusieurs ACT interviewé·e·s évoquent ces situations chez des jeunes hommes originaires d'Asie du sud-est. Enfin, c'est le cas de jeunes HSH entretenus par des partenaires (souvent plus âgés) ou des particuliers qui leur paient les primes de la caisse maladie ou le logement, en échange de prestations sexuelles.

Pour revenir et conclure sur les personnes travailleuses du sexe, on l'aura compris, les vulnérabilités juridique et socio-économique s'enchevêtrent avec la vulnérabilité liée à l'exercice de leur travail, en l'exacerbant. Plus ces personnes sont confrontées à la précarité du permis de séjour, voire à l'absence du permis, et à la précarité économique, plus les effets de l'isolement social, des stigmatisations, discriminations et violences subies en lien avec l'exercice de ce travail s'amplifient.

5.2 Violences et exploitation

Si, comme nous l'avons vu, plusieurs personnes, notamment des femmes, subissent des situations de violence, le cas extrême est celui de la traite sexuelle. Quelques ACT interviewé·e·s ont thématiqué ce cas. Selon leur point de vue, la traite sexuelle en Suisse concerne majoritairement les femmes, bien que les hommes en soient également victimes, notamment des HSH et des hommes transgenres.

L'encadré ci-dessous décrit la trajectoire biographique d'une femme victime de traite sexuelle.

Encadré 2 : Contrôles, privations, exploitation et « lavage du cerveau » : les rouages de la traite des êtres humains

Rose est une femme âgée d'une trentaine d'années, née dans un pays de l'Afrique subsaharienne, issue d'une famille nombreuse qu'elle qualifie de « pauvre ». À 18 ans, peu après avoir terminé son BAC, elle quitte son pays avec la promesse de pouvoir exercer le travail de coiffeuse en Europe et contribuer ainsi à l'entretien de sa famille. Dès son arrivée dans un pays de l'Europe du sud, une femme, la « *mama* », la reçoit, lui confisque immédiatement son passeport et la place sous sa dépendance économique. Rose découvre qu'elle a une dette envers cette femme : 45'000 euros de frais de voyage, en plus des frais d'hébergement et de nourriture sur place. La *mama* l'initie au travail du sexe et exerce sur elle un contrôle totalitaire jusqu'à ce que la dette soit remboursée. Commence alors pour Rose une vie de contrôle, de privations, d'exploitation et de menaces.

Rose est séquestrée à l'intérieur de la maison de la *mama*. Les seules sorties qui lui sont autorisées sont celles pour aller travailler, une activité à laquelle elle est contrainte, chaque jour de la semaine, y compris quand elle ne se sent pas bien. Dès que Rose sort pour aller travailler, la *mama* contrôle, par l'intermédiaire d'autres jeunes femmes victimes de traite, qu'elle est au travail et qu'elle reçoit des clients. Pendant les heures de travail, Rose a l'interdiction de rentrer à la maison. Le rythme de travail est tellement astreignant qu'il la prive de sommeil.

À la maison, Rose se repose sur un matelas posé à même le sol dans la cuisine. Elle n'est pas autorisée à avoir des affaires personnelles et elle est privée de nourriture : « *la seule chose qu'elle me donnait à manger, c'était du riz. Elle voulait pas que je mange autre chose, parce qu'elle voulait pas que je grossisse. Je devais manger que du riz, que du riz ! C'était horrible, horrible !* ».

Dès que Rose rentre du travail, elle doit systématiquement se déshabiller devant la *mama* et se soumettre à des fouilles, y compris dans les parties intimes, afin de s'assurer qu'elle ne cache pas de l'argent :

Je rentrais après le travail et elle me disait de rester encore dehors. Elle me disait de laisser les chaussures devant la porte d'entrée. Et puis avant d'aller à la salle de bains, je devais tout enlever devant elle. Elle, elle faisait la maligne. Elle avait des gants et elle regardait dans toutes mes affaires si j'avais caché de l'argent. Elle regardait partout, même dans mes parties intimes...

Mais un jour, suspicieuse que Rose ne lui ramène pas tout l'argent qu'elle gagne, la *mama* organise un rite vaudou, afin de lui rappeler son engagement envers elle. Peu de temps après, Rose trouve un juju dans ses affaires, un petit objet confectionné avec les cheveux, les poils et le sang prélevés sur son corps. En cas de rupture d'engagement, le juju se chargera de rendre justice à la *mama* lésée, attirant folie, infortune, maladie, voire mort sur Rose ou ses proches. Tétanisée par la peur, Rose exclut la possibilité d'aller dénoncer sa *mama* à la police. C'est ce qu'elle désigne par un « *lavage du cerveau* » :

*Moi je voulais pas aller à la police pour la dénoncer, parce que lorsque tu entends qu'une fille a été à la police pour dénoncer la *mama*, depuis qu'elle a été à la police, sa vie est fichue. [...] moi je connais quelqu'un qui a déposé une plainte et si tu la voyais maintenant, elle est complètement folle, elle se balade toute nue dans la rue...'. Tu sais, lorsque tu entends des histoires comme ça, tu veux pas déposer plainte, parce que tu veux pas finir comme ça ! [...] C'est un lavage du cerveau, c'est vraiment un lavage du cerveau...*

Ce n'est que quelques années plus tard que Rose arrivera à se soustraire à cette relation d'exploitation après avoir entièrement remboursé sa dette avec la *mama*.

Confiscation du passeport, dépendance économique et relation de soumission à la *mama* consacrée et justifiée sur le plan spirituel par le *juju*, hébergement précaire, privation de nourriture, cadences de travail intenable, confiscation systématique de l'argent gagné, stricte surveillance organisée par la *mama* et son entourage, réduction des activités au seul travail du sexe sont autant de dimensions intervenant dans le processus d'exploitation qui caractérise cette forme de traite humaine.

L'interruption de ces spirales d'exploitation passe par la dénonciation de la personne qui abuse. Or, bien que dans tout contexte de dépendance juridique et économique, la dénonciation de ces situations d'abus ne soit jamais facile, elle l'est encore moins dans une situation de traite, puisque les personnes victimes de cette forme d'exploitation craignent des représailles sur leur famille de la part de leur exploitant·e. Nous venons de le voir avec le cas de Rose et une ACT interviewée évoque également cela :

Le problème avec la traite des êtres humains, c'est que c'est très bien organisé. Ils ont beaucoup de moyens, comment ils peuvent se défendre contre les femmes ou bien ils ont beaucoup d'informations au sujet des femmes. Et quand l'un d'entre eux vient et dit 'toi, dans ton village de Bulgarie là-bas je vais...'. Ils savent exactement où les femmes sont vulnérables : la grand-mère ou leur enfant ou bien je ne sais pas, ce qui est cher à quelqu'un, c'est là qu'ils ciblent, c'est la raison pour laquelle ces femmes ont peur et retirent, par exemple, leur plainte. (ACT, traduit de l'allemand)

5.3 Vulnérabilités plurielles et discriminations intersectionnelles

Pour les PM qui s'identifient comme homosexuelles, queer ou transgenres, la **vulnérabilité liée à l'OSIEG** vient s'imbriquer aux vulnérabilités juridique et socio-économique, les exposant aux risques de stigmatisation et discrimination, mais également de précarisation et de marginalisation.

L'encadré ci-dessous décrit le parcours de vie d'un homme qui s'auto-identifie comme transgenre.

Encadré 3 : Identité transgenre, asile et discriminations vécues

Tonie est né dans un pays à la frontière entre l'Europe de l'Est et l'Asie de l'Ouest. À la naissance, on lui a attribué le sexe féminin, mais depuis qu'il est enfant, il ne se sent pas bien : « *I dont feel good so. I'm not like the other girls* ». Dans son pays d'origine, les minorités de genre sont exposées à des risques de violence : « *for LGBT people life is not so good. And for trans people, it's difficult. A lot of times a lot of person was died because of saying they were trans persons. And somebody kills these persons, or bit and nobody makes something for us* ». Tonie vit avec ses parents et ses frères, mais son identité de genre crée des conflits au sein de sa famille. Ses parents finissent par lui demander de quitter le foyer familial : « *they say 'no you must go. We don't want to see you anymore'. And you must go* ». Ils ne se reverront plus jamais. Commence alors pour Tonie une vie difficile, faite de précarité et de souffrances morales : « *in my country we can't find work when you're trans person. And we're living in the street. So sad...* ».

Malgré ces difficultés, Tonie parvient à commencer une formation universitaire. Cependant, même dans ce contexte, son identité de genre est mal perçue. Les autres étudiant·e·s se moquent de lui : « *this is animal people* ». À ce moment de sa vie, Tonie souhaite entamer sa transition. En faisant les démarches pour changer de nom à l'état civil, il découvre que l'État n'autorise pas cela tant qu'il n'y a pas subi d'opération chirurgicale. Mais avant de faire celle-ci, il doit commencer un traitement hormonal, qu'il évalue comme très cher et non exempt de risques : « *it's difficult because for not so good medication in my country* ».

Tonie décide alors de quitter le pays et en 2018 il arrive en Suisse où il dépose une demande d'asile et obtient le permis N. Trois mois plus tard, contrairement à ce qu'il espérait, il reçoit une réponse négative. Grâce au soutien d'une association qui défend les intérêts des personnes transgenres, il entame une procédure de recours contre cette décision. Une année et demie après, il est toujours sans réponse.

Sur le plan des relations intimes, Tonie évoque trois expériences, une avec une jeune femme dans son pays d'origine et deux en contexte de migration, avec des hommes suisses. Ceux-ci réagissent mal quand il leur parle de son identité de genre, en lui disant : « *no, you are a girl !* ». Son identité de genre provoque des conflits dans ces relations.

Dans le foyer d'hébergement pour requérant·e·s d'asile où il séjourne, Tonie est également confronté à des expériences de mégenrement¹⁷, autant de la part des autres personnes accueillies que du personnel d'encadrement. Par ailleurs, il nous dit avoir été placé pendant plus de 6 mois dans une chambre avec 6 femmes, une expérience qui a été particulièrement difficile pour lui :

I was one year and six months in camp. All the time, I need a single room, I don't want to stay in one room with care or with another person they don't accept this, but they just don't listen me. And when I have some problem in the camp with chef, I tell them, they don't listen. They don't interest what's your problem, just. [...] Last time, I was with six girls in one room. And it was also difficult for me... six girls, I was like six months maybe or seven months with six girls.

Comme Tonie, les deux autres personnes qui s'identifient dans des identités non cisgenres mettent en avant le décalage entre les attentes d'ouverture des pays européens par rapport aux personnes LGBTQI+ et les conditions de réception dans les foyers d'hébergement pour requérant·e·s d'asile et réfugié·e·s. Une personne qui s'identifie comme queer nous confie :

¹⁷ Le mégenrement consiste à attribuer (volontairement ou non) à une personne un genre dans lequel elle ne se reconnaît pas.

J'étais choqué un peu, parce que chez nous... nous on pense que l'Europe c'est un paradis pour les personnes LGBTQ, mais c'était pas ça. J'étais choqué. Quand j'étais transféré à [nom de la ville], et quand j'étais à l'aide sociale, on m'a dit 'écoute, il n'y a pas beaucoup de places, mais tu peux rester 1 semaine, 2 semaines, dans la protection civile'. C'est un bunker et je me disais 'moi j'ai quitté mon pays pour ne pas entrer en prison et moi je ne peux pas aller dans un bunker, parce que avec mon identité sexuelle et mon orientation sexuelle aussi, je ne peux pas partager ma chambre avec d'autres personnes, parce que dans un bunker je sais que 20 personnes restent dans la même salle et c'était vraiment... prison ouverte. (PM)

Dans le cadre des foyers d'hébergement, ces personnes nous parlent de discriminations subies aussi bien de la part des autres résident-e-s, que de la part du personnel d'encadrement. Elles disent ne pas se sentir en sécurité, car exposées à des injures, insultes et agressions à la fois verbales et physiques de la part des autres résident-e-s. Dans le domaine de la sexualité, cela peut prendre la forme d'avances non souhaitées, voire d'agressions sexuelles :

I'm telling you, life can be very difficult, very difficult here [in the refugees center]. You know what a guy did to me? Last year, in December, I was sitting right here and I don't know where he is from, maybe Afghanistan, he has his wife upstairs, that guy came and he put his thing out of his pants and he was trying to stick it in my mouth, here, in front of my friends... He was rude... I always have seen this guy watching at me and I said 'why is this guy watching me like this?' He's always been watching me, he had his eyes on me non-stop... (PM)

Dans l'encadré, nous avons relevé que le personnel d'encadrement du foyer dans lequel Tonie est hébergé se réfère à lui comme une femme et pas comme un homme. Cela engendre beaucoup de souffrance morale chez lui :

It's also difficult because of, in this camp, they don't accept also who I am. They say 'hi woman, blablabla' and I say them 'don't!'. All persons who work in the camp, they know that I'm a transgender person but they use 'hey, woman, girl, blablabla'. And this is also difficult. I had a lot of stress... (PM)

Selon le point de vue des ACT et PM qui ont thématiqué ces discriminations, cela tiendrait au manque de sensibilisation aux questions LGBTQI+ du personnel d'encadrement (comment s'adresser à une personne transgenre, comment prendre en compte son identité de genre, etc.). Certains contrôles exercés dans les centres d'hébergement peuvent être interprétés par les personnes concernées comme abusifs. C'est par exemple le cas pour cette personne queer :

J'ai eu une deuxième attaque, mais ces détails je ne peux pas raconter... c'est la même chose, le securitas est arrivé 'ah, on a vu une femme, avec les cheveux longs, avec des talons, elle était sur le balcon...'. Et j'ai dit 'oui, c'était moi'. Et c'était bizarre... si vous voyez une femme dans le bâtiment des hommes, vous attaquez directement ? Et si vous voyez un mec dans le bâtiment des femmes vous attaquez dans la chambre ? C'est un problème sexiste ?'. (PM)

Le mégenrement est une expérience à laquelle les personnes qui s'identifient comme non-cisgenres peuvent être confrontées dans différents contextes de leur vie quotidienne, y compris, comme nous l'avons vu dans l'encadré, dans les relations intimes. Après qu'elles aient annoncé leur identité de genre aux partenaires sexuel·le·s, ceux·elles-ci peuvent continuer de les mégenrer.

Les personnes transgenres peuvent également se sentir discriminées par d'autres personnes transgenres si leur sexualité ne correspond pas aux attentes de celles-ci. Tonie, par exemple, explique comment son orientation sexuelle n'est pas comprise par certaines personnes transgenres :

This person is like trans but I don't have contact with these persons also. Because of they think, if you are a trans-man, you must love women. Or you are trans-women, you must like men only. And when I talk about, you know, I don't like only women, I can like men: 'Oh you are not a trans-person, ok, ciao'. (PM)

Ces réactions sont liées aux représentations que les personnes transgenres ont de la sexualité des personnes transgenres. Quand elles viennent de la part de potentiel-le-s partenaires sexuel-le-s, elles peuvent entraîner des refus de relations intimes.

Au-delà des discriminations liées à l'identité de genre, les personnes issues de l'asile peuvent être également confrontées à des traitements qu'elles perçoivent comme des formes de discrimination basées sur leur origine ethnique ou leur croyance religieuse. C'est ce que cette personne relève dans le contexte des foyers d'hébergement :

They said 'you cannot work', but another person, they give them social working. But it's not for me because I'm from [name of her country of origin in Eastern Europe]. [...] Life in camp is not so easy. Because of, first, people who is working in this camp, like chef, they don't make what they must do for refugees, they never help. If you are from [his country of origin] or from [another country in Eastern Europe], or from another country in Europe, but you really need help, they say 'no, you are from Europe. It's cool for you. You cannot'. [...] there is discrimination about the country in all camp, there is discrimination for LGBT-person... and because of religion, also. Because here there are Muslims, for them they make nothing... (PM)

En dehors des foyers d'hébergement pour requérant-e-s d'asile et réfugié-e-s, les PM qui se reconnaissent dans des identités de genre non cisgenres et/ou des orientations sexuelles non-hétérosexuelles sont exposées au risque de discriminations autant par les personnes cisgenres et hétérosexuelles que par les personnes LGBTQI+ socialisées en Suisse. Les discriminations perpétrées par les premières se matérialisent sous la forme de violences verbales (les insultes « *sale pédé* », « *sale gouine* ») et physiques (des « *tabassages* »). Les discriminations perpétrées par les deuxièmes peuvent prendre la forme de violences psychologiques, mais également d'exploitations, notamment sexuelles. En effet, comme le relève une ACT qui est en contact avec des personnes LGBTQI+ issues de la migration, pour les PM appartenant à des minorités ethniques visibles, vient encore s'ajouter la discrimination raciale :

Je pense qu'une des choses qui m'a le plus choquée, c'est de voir la violence raciste et objectifiante de la part des personnes ayant un titre de séjour suisse, qui vivent ici, qui sont socialisées ici, vis-à-vis de ces personnes LGBTQI+ qui arrivent dans des situations de précarités extrêmes ici et qui sont exploitées dans le domaine privé. [...] elles sont obligées de coucher [...] avec la personne qui les loge, nourrit, qui les entretient. Ça peut être des histoires où il y a des échanges par Facebook pendant quelques mois, la personne qui habite ici fait venir la personne et puis une fois que la personne est arrivée ici, elle se retrouve prisonnière, en fait. Et parfois il y a des pressions psychologiques très fortes, où elles doivent céder à tous les caprices sexuels, les demandes sexuelles de l'autre. (ACT)

5.4 Effets des vulnérabilités sociales sur la vulnérabilité au VIH/IST

Ce cumul de vulnérabilités enclenche des spirales de vulnérabilisation qui augmentent la **vulnérabilité au VIH/IST**. Une décision négative à la demande d’asile prive les personnes concernées de la possibilité de travailler en Suisse. Les personnes qui travaillent perdent ainsi leur emploi. Privées de revenu, leur accès au logement devient difficile, ainsi que la satisfaction de leurs besoins primaires. Si elles restent dans le système de l’asile, elles sont considérées comme « déboutées de l’asile ». Elles bénéficient de l’aide d’urgence (remise sous forme de bons ou en nature, plus rarement en espèces pour un montant de 10 CHF environ par jour) et sont logées dans des structures collectives destinées à ces personnes jusqu’à ce que leur renvoi dans leur pays d’origine soit exécuté. Si les personnes dites déboutées de l’asile restent en Suisse de manière clandestine, elles ne peuvent pas exercer un travail déclaré, ce qui rend leurs conditions de vie (très) difficiles. Prises dans ces spirales de vulnérabilisation, les PM peuvent se trouver plus facilement dans des situations à risque de VIH/IST. Par exemple, une personne transgenre, sans permis de séjour et séropositive au VIH explique sa contamination par le fait que lorsqu’elle est restée sans travail, elle s’est retrouvée dans une situation très stressante, car elle ne savait plus comment subvenir à ses besoins. Pour apaiser son stress, elle a commencé à sortir et à consommer beaucoup d’alcool, ce qui a fait baisser sa vigilance lors d’une rencontre sexuelle :

I'm a sans-papiers, I don't have permit here and I'm a trans. This is also difficult for me to find a job here, like housecleaner, or personal staff because of the situation sans-papiers. I was always looking for permits. So this problem is so stressful... I was going out, to the bars, because I know places that you can find people LGBT. I was so fucking drunk because he buys me drinks and I drank of course, I wanted to get drunk, to forget everything. I wanted to forget the time. So he brings me to his place, and so drunk, so we had sex. And I didn't know, but I have a feeling that this man, this guy was hanging this, this virus. (PM)

Des contextes relationnels de prises de risque

Les personnes prises dans des spirales de vulnérabilisation, en raison de leur statut légal et socio-économique en Suisse, sont davantage exposées au risque de subir des **relations de couple abusives** au sein desquelles la négociation du préservatif est plus difficile pour la personne légalement et/ou économiquement dépendante de l’autre. Sont particulièrement concernées les PM ayant une identité non cisgenre, puisqu’elles rencontrent plus de difficultés d’accès au travail que les personnes cisgenres, et les femmes, puisqu’elles sont moins formées que les hommes et occupent des emplois précaires. Pour les personnes en situation illégale, les abus subis sont difficilement dénonçables. En effet, elles estiment ne pas être en position de pouvoir déposer une plainte pénale contre la personne qui abuse d’elles, par crainte d’être expulsées du territoire suisse.

Les personnes prises dans des spirales de vulnérabilisation, en raison de leur statut légal et socio-économique en Suisse, sont également davantage exposées au risque d’être prises dans des **relations d’entretien** qui se caractérisent par la pratique de **transactions sexuelles**. Dans ce contexte relationnel, comme le précédent, la négociation du préservatif est plus difficile. Par exemple, une femme transgenre séropositive au VIH que nous avons rencontrée a des rapports sexuels sans préservatif avec un homme marié en échange d’un logement. Elle n’a pas informé cet homme de son VIH, par peur d’être mise à la porte. Cet homme lui dit avoir des rapports sexuels exclusivement avec son épouse et elle. La femme transgenre lui fait confiance, ce qui peut l’exposer au risque de contracter d’autres IST que le VIH. Cet homme la contraint également à avoir des rapports qu’elle ne souhaite pas.

To be honest, I tell you honestly. This man, he's married. I met him in [name of a city]. and discuss with him my situation [...] So I pay... I have no choice, I have no place to stay, I pay with my body. [...] Even if I don't want anymore, because I don't love him, I don't have the choice, because I must grab the situation. I have nothing, so I need this place, I need to live, I need to stay. I don't want him anymore that he uses my body because I don't love him. But he's kind, because he gives this place to me. (PM)

Un dernier contexte relationnel marqué par les difficultés de négociation du préservatif concerne le domaine du travail du sexe. Plusieurs personnes travailleuses du sexe rencontrées évoquent le cas de collègues qui, étant en situation socio-économique et légale très précaire (sans-papiers, sans autorisation pour exercer la profession, sans logement et sans ressources économiques) acceptent des **relations tarifées** sans préservatif.

Renoncations et difficultés d'accès à la prévention et aux soins

Les vulnérabilités juridiques et socio-économiques peuvent placer les PM en situation de **renoncation à la prévention et aux soins**.

En dehors des centres de santé qui leur sont destinées, les personnes en situation irrégulière ont tendance à peu fréquenter les structures sanitaires, par crainte d'être repérées et dénoncées. Les personnes dont la vie en Suisse est réglementée par la LAsi peuvent également être limitées dans leur accès à des consultations médicales. C'est notamment le cas des PM hébergées dans des foyers pour personnes relevant de l'asile qui doivent se référer aux procédures établies dans ces structures, y compris sur le plan médical. Sur ce point, un jeune nous raconte que quand il est allé consulter aux urgences pour une IST, cela n'a pas été apprécié par les responsables du foyer où il vit :

Ils ont une infirmière qui vient une fois par semaine, dans les foyers. Donc moi je peux pas attendre encore une semaine pour savoir ce que j'avais. [...] et alors moi je suis allé aux urgences, mais après ils m'ont dit 'pourquoi tu es pas venu ici, il faut d'abord venir ici, parce que vous savez pas que c'est cher ? Nous on peut vous mettre en contact directement avec un médecin'. Mais moi j'ai été aux urgences. Et aux urgences ils m'ont donné encore l'adresse d'un médecin pour faire des dépistages encore plus loin, ça faisait sens, parce que la doctoresse là, elle avait peur que j'avais la syphilis ou quelque chose comme ça. (PM)

Sur le plan économique, plusieurs personnes interviewées évoquent le « stress » que les factures médicales engendrent chez elles. Par ailleurs, les personnes qui rentrent régulièrement dans leur pays d'origine se font par exemple tester là-bas, car les coûts y sont nettement inférieurs. Les coûts très élevés de la PrEP sont également évoqués par la personne qui en fait usage.

Concrètement, la décision de se faire tester pour le VIH/IST est d'autant plus difficile dans un contexte d'instabilité juridique et de précarité économique. La crainte de dénonciation pour les personnes en situation irrégulière, celle d'être rejetée par la personne qui les entretient en échange de faveurs sexuelles pour les personnes qui sont prises dans des relations de ce type et le manque de ressources économiques pour payer les (auto)tests (remboursés par l'assurance maladie obligatoire que sur prescription médicale) sont autant de dimensions qui interviennent et qui permettent d'expliquer le faible recours aux différentes possibilités de dépistage.

L'accès à la prévention et aux soins est encore plus limité pour les personnes victimes de traite, en raison du contrôle totalitaire exercé par les exploitant·e·s, afin d'éviter que le réseau d'exploitation ne soit

démasqué. Dans le cas de la femme rencontrée, le contrôle totalitaire l'a privée d'accès aux soins, y compris dans les moments de grand besoin, comme après avoir subi des violences sexuelles.

Je n'ai pas été à l'hôpital... comment je pouvais y aller ? Je ne pouvais pas aller à l'hôpital, parce que la mama me contrôlait tout. Moi je savais que même si on avait pas les papiers on pouvait aller à l'hôpital, mais la mama contrôlait tout. Elle m'avait dit que je pouvais pas aller à l'hôpital, parce qu'ils te demandent les papiers, l'adresse, etc. : 'toi tu y vas pas !'. Tout est un lavage du cerveau, vraiment. Tu sais, elle, elle avait peur que je dise comment je suis arrivée ici, où j'habite, qu'est-ce que je fais. (PM)

Enfin, la précarité légale des personnes vivant avec le VIH en Suisse se répercute sur l'accès au traitement ARV. Dans l'encadré suivant, nous décrivons la situation de trois personnes concernées.

Encadré 4 : Instabilité juridique et obstacles aux traitements médicaux

Obi s'identifie comme un homme cisgenre et hétérosexuel. Il est âgé d'une quarantaine d'années et originaire d'un pays de l'Afrique subsaharienne. Sous le coup de menaces de mort en raison de son activisme contre le gouvernement, il est contraint de quitter son pays en 2008. Il arrive dans un pays de l'Europe méridionale où il dépose une demande d'asile et s'installe. Au cours de la même année, il reçoit le diagnostic de VIH et obtient un permis de résidence humanitaire. En 2018, Obi arrive en Suisse où il séjourne et travaille de manière illégale. Afin de poursuivre son traitement, il multiplie les allers et retours entre le pays où il a obtenu le permis de résidence et la Suisse. Ces conditions de vie sont très stressantes pour lui.

Ulisses s'identifie comme un homme cisgenre et homosexuel. Il est âgé d'une vingtaine d'années et originaire d'un pays de l'Amérique latine où il reçoit le diagnostic de VIH en 2018. En 2019, il arrive en Suisse et, au moment de l'entretien, il est en instance de recours après avoir reçu un refus de permis d'étudiant. Il exprime l'anxiété que cette insécurité médicale engendre chez lui. Arrivé en Suisse avec 6 mois de traitement en poche, son anxiété augmente au fur et à mesure que sa boîte de médicaments se vide.

Adira s'identifie comme une femme transgenre attirée par les hommes. Elle est âgée d'une cinquantaine d'années et originaire d'un pays de l'Asie. Elle arrive en Suisse en 2010 avec un visa de touriste et une promesse d'engagement comme agente d'entretien chez un particulier. Deux ans plus tard, elle perd son travail et doit faire face à une série d'épreuves qui se succèdent, dont le diagnostic de VIH en 2017. Sans papiers et sans travail, elle vit dans la peur d'être renvoyée et de ne pas pouvoir continuer à se soigner.

Vivre avec le VIH en Suisse tout en étant en situation irrégulière est source de beaucoup de **stress** et d'**anxiété** pour les trois personnes concernées.

Je suis très anxieux, tu sais. Avec ce problème-là, je dois toujours... parfois je suis un peu... je dérange, je crois que je dérange un peu les gens ici [nom de l'institution]... [...] mais je me sens insécure. Exactement en ce moment, c'est pas que j'ai des soucis à me faire, mais tu sais je voulais avoir l'assurance déjà organisée pour avoir mon traitement déjà organisé et pour ça, ça me donne insécurité. (PM)

La peur d'un renvoi au pays d'origine est d'autant plus grande que l'accès au traitement ARV y est considéré comme difficile.

I'm ok, but because of my worries... this sickness of mind, that the government from here, in Switzerland, will kick me out to my country and that I'm so worried of my situation because how can I provide myself when I go back in my own country because medication and everything is expensive. [...] My own country is poor. They don't manage to give medication, especially with this kind of virus that I have. (PM)

À cette peur s'ajoutent les soucis de parvenir à payer l'**assurance maladie**, afin de continuer à bénéficier du traitement ARV. Cela n'est pas facile pour les personnes qui cumulent les situations de vulnérabilité, à l'instar de cette femme transgenre, sans permis de séjour, sans travail et sans domicile fixe :

I am always looking for a job. I'm trans, they discriminate me at that. Only like that, because I am trans, they ask me my permit, if I'm legal here in Switzerland. And you know, I am illegal, I am sans-papiers. At least, if I have a job, I can pay my assurance, because they only pay the treatment for one year. So this, again, makes me crazy, makes me crazy... because how I'm gonna pay my assurance? How I gonna... I cannot pay my assurance, because I'm not working that time. And if I find a job, a person, a patron, they ask my situation if I'm legal here, what is my permit. And even if I'm trans is ok for them, at least I'm not legally... (PM)

Enfin, si les 5 personnes qui vivent avec le VIH nous confient quelques expériences de rejets subis, elles nous disent surtout que du fait de l'**auto-stigmatisation**, elles évitent de parler autour d'elles de leur infection, par crainte d'être discriminées. Elles adoptent donc des stratégies propres de l'« agir secret » (Mellini et al., 2016), afin d'esquiver toute discrimination, ce qui peut les fragiliser davantage. Une femme nous parle du poids du secret, des mauvais traitements que l'homme avec lequel elle était mariée au moment du diagnostic lui infligeait et de sa crainte qu'il dénonce sa situation irrégulière en Suisse aux autorités, l'exposant à un renvoi dans son pays d'origine. Cela démontre, une fois de plus, l'imbrication des vulnérabilités :

Au début il [son mari] a été gentil, on va garder le secret. Pendant 2 ou 3 jours, il était bien 'ca va, on va garder le secret', mais au fur et à mesure c'est devenu le cauchemar... Et comme j'étais naïve, j'acceptais tout. S'il doit me taper, j'accepte. S'il doit me faire... la violence ça continuait. Je devais cuisiner, il pouvait amener les femmes à la maison, mais moi c'était comme si je n'existais pas. [...] Et il buvait, il buvait beaucoup ces temps... [...] Mais surtout lui, il savait de moi et je me disais que s'il allait dire aux autorités, j'allais être renvoyée en Afrique et j'allais mourir, devant ma maman, mes parents... Et là, tu sais que tu vas garder le secret de la maladie... c'est dur, parce qu'il y a personne qui doit savoir de toi. (PM)

La stratégie qui consiste à garder le secret sur le VIH va également à l'encontre des recommandations actuelles de la politique de lutte contre le sida qui met au centre l'importance de la dicibilité du statut sérologique, afin d'interrompre les chaînes de transmission du VIH.

La discrimination ressentie peut aussi être le fait des membres de la **communauté LGBTQI+** envers les personnes qui fréquentent les antennes régionales de l'ASS. C'est ce dont fait mention une personne qui s'identifie comme queer :

Mais si tu vas là-bas, le problème c'est que les gens pensent que tu as le sida. Il y a beaucoup de préjugés dans la communauté LGBTQ. Si tu dis que tu vas à [nom d'une antenne régionale de l'ASS], ils pensent que tu as le sida... même dans la communauté LGBTQ, si tu dis que tu es allé là-bas, ils pensent que tu as le sida. Je pense qu'il y a HIV-phobie dans la communauté

LGBTQ aussi. Il y a un préjugé, ouais, il y a HIV-phobie dans la communauté LGBTQ, partout, pas seulement en Suisse. (PM)

Les positions des autres PM séronégatives par rapport au VIH convergent sur deux points. Si elles s'imaginent adopter une attitude empathique à l'égard d'une personne amie vivant avec le VIH et la soutenir dans sa vie quotidienne, elles ne s'imaginent pas avoir un-e partenaire vivant avec le VIH, avoir des rapports sexuels avec lui-elle (avec ou sans préservatif). En cas de blessures, elles auraient trop peur d'être contaminées, voire de contaminer d'autres membres de leur famille, comme par exemple leurs enfants.

Enfin, si la **religion** représente plutôt une ressource pour les PM rencontrées – nous verrons cela dans le point suivant – l'expérience vécue par une femme montre qu'elle peut aussi rendre plus difficile l'accès aux soutiens pour les personnes vivant avec le VIH. En effet, cette femme qui s'identifie comme musulmane pratiquante et porte le niqab dit avoir été l'objet d'insultes et de **rejets** dans la vie quotidienne, y compris au sein du **groupe de parole sur le VIH** :

Pour le voile les gens t'insultent même, ils te disent 'rentre chez toi !'. Ils te disent 'il fait chaud, pourquoi tu es habillée comme ça ?'. Ils te disent des mots pas gentils... des trucs méchants. Par exemple, on était dans un magasin, moi et mon fils, et il y a des personnes qui m'ont dit 'vous nous avez fait peur... la façon dont vous êtes habillée !'. Quand j'ai décidé de me voiler, j'ai perdu beaucoup de copines que j'avais avant... même ici (Antenne régionale de l'ASS). Moi je connais une femme, elle était ici et elle m'a dit 'moi j'aime pas la façon dont t'es habillée, j'aime pas et donc je t'aime pas'. [...] Moi je viens ici pour partager et elle, elle me dit ça ! Le rejet j'ai pas eu avec la séropositivité, mais comment je suis habillée, oui. (PM)

En conclusion, les PM rencontrées dans le cadre de cette enquête sont confrontées à des vulnérabilités plurielles, changeantes et situées. Celles-ci sont intersectionnelles, c'est-à-dire imbriquées les unes dans les autres, s'agencant dans des spirales de vulnérabilisation qui exposent les PM à différents risques sociaux : stigmatisation, discrimination, disqualification, domination, marginalisation, précarisation et exploitation.

Ces **spirales de vulnérabilisation** révèlent les inégalités sociales qui affectent les PM dans différents domaines, comme l'accès à la formation, au travail, au logement et à la santé, du fait de leur statut juridique et socio-économique en Suisse, mais également de leurs appartenances raciales/ethniques et identités sexuelles et de genre.

Parmi les différents types de vulnérabilités, la vulnérabilité juridique (en lien avec le statut légal en Suisse) est celle qui pèse le plus. Elle amène les PM à ne pas considérer la santé comme une priorité, au-delà des connaissances qu'elles peuvent avoir dans ce domaine, y compris le VIH/IST, et des ressources qu'elles peuvent mobiliser. Cela tend à aggraver les conditions de santé des PM et, comme on le verra dans le chapitre suivant, à compliquer l'intervention des ACT.

[...] peu importe si l'on est malade ou pas, la santé ce n'est pas la priorité. La santé c'est pas la priorité absolue. Elle vient en dernier. D'abord c'est : j'ai à manger ? Je peux bouger ? Comment j'arrive rapidement à avoir de l'argent ? Comment je peux obtenir un permis de séjour pour que je puisse me sentir libre ? Après vient la santé. (ACT, traduit de l'allemand)

Au final, ce qui importe prioritairement aux PM précarisées c'est la satisfaction des besoins fondamentaux (logement et nourriture) et l'acquisition d'un permis de séjour, dont dépend la possibilité de rester en Suisse et d'y exercer une activité lucrative.

5.5 Les ressources des personnes migrantes

Nous avons jusqu'ici montré les différentes formes de vulnérabilités vécues par les PM. Il faut néanmoins souligner que ces dernières ont des ressources qu'elles peuvent mobiliser dans les situations difficiles, comme l'indiquent les analyses ci-dessous.

La débrouillardise

La capacité à titrer parti de certaines situations et à faire preuve de débrouillardise est une des ressources principales des PM, ce que soulignent par ailleurs fréquemment aussi les ACT rencontré·e·s. Cette débrouillardise se fonde sur des facultés acquises au fil du temps, qui se traduisent par des **compétences personnelles**, des **stratégies** et des **tactiques** diverses :

Les migrants que je vois, c'est des gens qui ont l'air d'avoir des ressources intellectuelles, psychologiques. La plupart c'est des personnes assez malignes. Je sais pas comment dire, ouais débrouilles et puis malignes. C'est des gens qui ont peut-être pas fait beaucoup d'école et qui se disent 'moi je vais quand même bosser un peu plus à l'école. Je vais quand même essayer d'en faire plus que les autres'. J'ai l'impression qu'ils ont des ressources... alors est-ce que c'est familial, est-ce que c'est social, est-ce que c'est éducationnel, est-ce que c'est l'école, je sais pas. Mais ils ont des ressources je trouve. (ACT)

Les cas concrets de mobilisation de certaines ressources personnelles concernent l'**organisation de la vie quotidienne**. Il s'agit de capacités à trouver des adresses utiles pour pouvoir, par exemple, consommer des repas gratuitement, circuler d'une ville à l'autre pour dormir chez des connaissances de connaissances, ouvrir un compte bancaire, se procurer un abonnement de téléphonie mobile sans avoir un permis de séjour stable, gagner de l'argent, déposer de l'argent dans un lieu sûr ou se faire envoyer du courrier sans avoir d'adresse fixe, comme dans ce cas :

J'ai actuellement un patient, on se connaît depuis des années. C'est quelqu'un de très peureux, il vient et repart, c'est aussi celui qui m'a par exemple donné à l'époque un bout de papier pour me dire tout ce qu'il faut tester chez lui, que quelqu'un lui a dit. A l'origine c'est un Algérien, qui se fait simplement passer pour un Marocain, parce qu'ici c'est un peu mieux vu. Et puis il y a 14 jours, une lettre est arrivée de [nom de l'expéditeur]. Et la lettre nous était adressée, et d'une manière ou d'une autre il est parti et il a donné notre adresse, parce qu'il n'en avait pas à lui. (ACT, traduit de l'allemand)

La citation révèle encore une autre stratégie qui consiste à se faire passer pour quelqu'un originaire d'un autre pays que le lieu d'origine officiel, estimé par la personne comme ayant une meilleure réputation aux yeux des personnes établies dans le pays d'accueil.

Les langues

Avant même l'expérience migratoire, la grande majorité des personnes rencontrées sont **plurilingues**. Elles s'expriment en plusieurs langues parlées dans le pays d'origine et/ou dans les pays voisins. À ces langues, pour les personnes ayant migré par voie terrestre, s'ajoutent les langues apprises au cours du trajet migratoire. Les personnes ayant vécu (ou vivant encore) dans d'autres pays Européens parlent également plusieurs langues (espagnol, portugais, italien, grec). Enfin, les personnes entrées en Suisse par la LAsi peuvent avoir des connaissances de base dans une deuxième langue nationale, quand elles ont été

attribuées à des cantons dont la langue est différente de celle du canton dans lequel leur demande d'asile a été enregistrée et où elles ont séjourné les premiers mois. Il en va de même pour les personnes vivant en situation irrégulière en Suisse qui se déplacent d'un canton à l'autre, au gré des opportunités de logement et de travail qui se présentent à elles.

Les compétences linguistiques dont ces PM disposent leur sont utiles pour socialiser avec les personnes issues de la migration qu'elles rencontrent en Suisse. Elles peuvent aussi leur faciliter l'accès aux informations dans le domaine de la santé, à condition que les langues qu'elles parlent soient connues par le personnel soignant. Il en va de même dans le domaine du travail, même si on sait qu'en Suisse (comme ailleurs en Europe) on n'attribue pas les mêmes valeurs aux langues parlées et que certains plurilinguismes comptent plus que d'autres.

Les croyances religieuses

Si 3 PM se disent athées, toutes les autres se considèrent croyantes sur le plan religieux. Une large majorité se dit pratiquante. Qu'elles soient croyantes ou également pratiquantes, et quel que soit le type de religion à laquelle elles se sentent attachées, les personnes rencontrées expriment leur reconnaissance envers Dieu pour les expériences vécues et les opportunités qu'elles ont eues dans leur vie. En fait partie l'expérience de la migration et, pour les personnes arrivées en Suisse par voie terrestre, le fait d'avoir survécu au voyage. La reconnaissance envers Dieu est aussi exprimée par rapport à la santé : « *J'ai une santé de fer et pour ça je remercie le bon Dieu* » ou « *je me dis dans la vie j'ai croisé l'Esprit Saint* ». Pour les personnes croyantes, Dieu représente une aide importante : « *je crois en Dieu et je prie. Tout c'est Dieu qui fait. Il te tend la main et il faut se livrer* ». Il donne de la **force pour aller de l'avant** et affronter les situations très difficiles comme celles auxquelles a été confrontée la femme victime de traite qui a vécu plusieurs années sous l'emprise d'une trafiquante.

Qu'est-ce qui m'aide à aller de l'avant ? C'est Dieu qui me donne cette force pour aller de l'avant. C'est Dieu, oui, qui me donne la force. Moi je suis chrétienne. Je prie et je vais à la messe. Si je vais pas à la messe, je regarde la messe sur le téléphone. Ils font live. Comme ce matin, je l'ai fait, de 7h à 8h. Et ça, ça me donne la force. (PM)

Parmi les 5 **personnes vivant avec le VIH** que nous avons rencontrées, 4 personnes accordent une place très importante à la religion dans leur parcours avec la maladie. Dès le moment du diagnostic, la croyance religieuse est invoquée comme un soutien précieux. C'est dans la foi en Dieu que ces personnes puisent leur force pour aller de l'avant après avoir reçu le diagnostic de VIH, un moment qui est décrit comme un « *choc* ». Une personne interviewée attribue à Dieu des qualités et compétences à la fois humaines et professionnelles, en le comparant à un psychologue :

Je n'ai pas été chez un psychologue, parce que j'ai dit 'non, je veux essayer par moi-même parce que je ne veux pas être dépendant d'aller...'. Je ne voulais pas être dépendant de ça, tu sais, pour accepter ça. Et donc j'ai une croyance à Dieu, j'ai une très grande croyance à Dieu et donc j'ai appris beaucoup avec lui, donc j'ai dit 'non, ça va passer'. Et donc c'était très important pour moi c'était quand j'ai dit 'non je dois... me battre, et donc ça va être mieux bientôt', et donc c'était ça qui m'aidait beaucoup. [...] je suis tellement attaché à Dieu. (PM)

Tout au long de la trajectoire de leur maladie, la croyance religieuse, quelle qu'elle soit, reste importante pour les personnes vivant avec le VIH. Dieu est décrit comme une présence constante, de confiance, qui

les soutient et les aide à affronter les moments difficiles, et grâce à laquelle les personnes concernées disent se sentir mieux.

Moi la religion ça m'a beaucoup aidée, parce que tu te dis, malgré tout ça, Dieu est là... Dieu nous aide à tenir... sans ça, non, j'aurais pas réussi. Si quelqu'un est chrétien il se tient à ça, si quelqu'un est musulman il se tient à ça, parce que sinon on arrive pas. Avec la maladie, avec tout, parce que chaque fois avec les expériences qu'on a, il y a quelque chose qui s'ajoute. Si tu n'as pas cette ressource, si tu n'as pas quelque chose à laquelle t'accrocher... la religion c'est ça, on s'accroche à la religion, parce que sinon là on est pas bien. (PM)

La croyance religieuse sert à aller de l'avant, mais également à rester confiant·e·s dans le futur. Par exemple, une personne pratiquante se confie à Dieu pour être soignée et peut-être un jour guérie : « *I pray God to always have medication, I pray that one day the scientists will find the cure. I pray to God that they will find a solution, one day, that there will be a cure for that* ».

Les réseaux sociaux

Les réseaux sociaux des personnes rencontrées sont à **géométrie variable**. Ils diffèrent d'une personne à l'autre aussi bien en densité (nombre de relations) qu'en variété (réseaux homogènes ou hétérogènes du point de vue du statut légal et de l'origine ethnique des personnes fréquentées). Ces différences dépendent de plusieurs dimensions telles que l'âge de la personne, la voie d'entrée en Suisse et le statut légal, le lieu de résidence (grandes villes, villes ou villages), le temps de résidence en Suisse, les activités exercées, les ressources économiques (pour sortir, avoir des loisirs, etc.), ainsi que l'acquisition de certaines compétences et ressources sociales, dont la connaissance de la langue locale.

Vous savez, quand tu passes plusieurs années dans un pays, si tu es courtois avec les gens, tu te fais des amitiés avec un certain nombre de personnes qui sont... qui sont accueillantes, qui sont bienveillantes, qui essaient, je veux dire, de vous aider. Donc, c'est comme ça que j'ai connu des gens alors qui m'ont ouvert la porte, qui savent que je suis quelqu'un qui veut gagner sa vie, honnêtement, sans mensonges, qui me permettent d'être avec eux, faire 2 ou 3 activités et puis voilà. (PM)

Comme la grande majorité des personnes rencontrées ont migré seules et n'avaient pas de contacts préalables en Suisse, leur réseau social est davantage lié aux contacts établis avec d'autres PM et des personnes résidentes, qu'à la famille d'origine. Avec celle-ci, dont souvent certain·e·s membres sont resté·e·s dans le pays d'origine et d'autres vivent ailleurs (en Europe ou ailleurs), les personnes interviewées disent garder le contact, mais taire les épreuves endurées en contexte migratoire. Sur ce plan, les membres de la famille ne représentent donc pas un soutien pour elles.

Les réseaux sociaux plus fréquemment cités par les PM interviewées sont donc constitués par les **partenaires** rencontré·e·s en Suisse, les éventuels **enfants**, les **ami·e·s** et **connaissances** faisant partie ou pas des **communautés ethniques** et **religieuses**. Les partenaires peuvent représenter une ressource morale, économique et même juridique (acquisition de permis de résidence via le mariage), mais, comme nous l'avons vu, il·elle·s peuvent également exposer les PM à une vulnérabilité supplémentaire, quand les rapports de pouvoir entre les deux partenaires sont désavantageux pour elles.

Les enfants, en revanche, sont présentés exclusivement comme une ressource pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne : « *Le fait d'avoir un enfant, on se ressaisit, on peut pas se laisser aller... Si*

ma fille elle était pas là, moi je sais pas où je serais. Je serais... à ce moment-là peut-être que je n'étais pas là pour vous parler... ».

Les ami-e-s et connaissances renvoient à des réseaux sociaux plutôt hétérogènes. Les contacts s'établissent de façon informelle, aux grés des opportunités, lors de rencontres dans l'espace public, dans des lieux de socialisation comme les cafés ou les activités organisées dans le cadre du quartier ou autres communautés. Les personnes avec lesquelles les PM interviewées entrent en contact sont de différentes nationalités. Une partie de ces personnes est identifiée par l'expérience migratoire. Le partage de celle-ci contribue à établir une relation, au-delà des différences ethniques. Une autre partie est identifiée par les PM rencontrées à travers la nationalité suisse, le statut de résidence (personnes établies en Suisse) ou par la couleur de la peau (« *les Blancs* »). Plus les PM ont un statut légal précaire (sans-papiers, permis N, F), plus elles ont tendance à privilégier les contacts avec « *les Suisses* », par lesquelles elles se sentent plus soutenues, tant sur le plan moral que matériel.

J'ai une chance, sincèrement, que je connais tellement tellement de gens... parce qu'il y a des Africains qui sont là depuis 30 ans et ils connaissent personne. Moi je connais beaucoup de monde à [nom de la ville]. Je connais beaucoup de Suisses, que des Suisses, Suisses, Suisses... [...] Mais je pense que sincèrement, le soutien que j'ai eu en Suisse à 98% c'est des Suisses, pas de ma communauté, parce que j'ai jamais jamais jamais demandé un franc à quelqu'un. Je demande de me trouver du travail. Donc, ça, ça marche avec les Suisses : 'ah, il y a lui qui a besoin de quelqu'un pour une journée, pour deux-trois heures'. (PM)

Les contacts s'établissent progressivement, de manière informelle, et se créent souvent à l'occasion de « *petits travaux* », « *petits jobs* » : « *Imagine il y a une personne que je connais qui me dit 'j'ai un petit boulot' et puis je pars et puis je l'aide. Et puis lui aussi, s'il a un ami qui a besoin pour un petit travail, voilà, je vais aussi l'aider. Il me contacte et puis c'est comme ça que ça marche* ».

Si plusieurs personnes rencontrées disent fréquenter « *la communauté* », personne n'a mis en avant un fort sens d'identification ethnique, cherchant, par exemple, à maintenir cette identification à travers des contacts avec des compatriotes qui vivent dans des quartiers et travaillent dans des petites entreprises ethniques. Par ailleurs, les **expériences** rapportées avec les **communautés d'origine** sont **contrastées**. Nous l'avons vu, les PM rencontrées évoquent des **expériences négatives de rejet et discrimination** au sein de leurs communautés ethniques. Les personnes plus jeunes arrivées seules en Suisse perçoivent la communauté comme l'organisation en charge du contrôle de leurs vies, notamment de leur vie sexuelle. Cela est particulièrement ressenti par les jeunes femmes :

J'ai un peu essayé de me distancer de la communauté, parce que c'est très lourd. Je suis fâchée avec la communauté, parce qu'ils contrôlent. Il y a beaucoup de jeunes, amies aussi, elles ne viennent pas dans ces groupes des [personnes de son origine]. Elles marient des Blancs et sortent de la communauté, parce qu'elles se sentent jugées. Avant j'acceptais pas ça... pourquoi elle est sortie ? Pourquoi elle est partie ? Maintenant je comprends, c'est parce qu'il y a beaucoup de jugements. (PM)

D'où le souhait de se distancier de la communauté d'origine, distanciation qui s'opère avec le temps. Les rapports avec la communauté tendent à devenir moins fréquents et moins importants au fur et à mesure du temps passé en Suisse :

Moi, au début, j'allais chercher tout ce qui me ressemblait [...] Parce que je parlais ma langue, j'étais pas gênée, parce que quand vous connaissez pas très bien, même dans la rue quand

vous ne connaissez pas très bien, je suis pas à l'aise au début. Donc vous êtes un peu perdue. Aussi les personnes elles sont très très froides. Après, par contre, petit à petit j'ai compris que voilà, des fois il faut parler, il faut dire bonjour et puis par la suite on nous répond... (PM)

Quelques PM interviewées soulignent la **solidarité** entre compatriotes qui se déploie, par exemple, sous la forme d'offre de petits travaux, et les bons rapports qui se manifestent dans le cadre d'activités récréatives et festives comme des grillades ou des apéritifs après le travail.

J'ai d'abord connu un Italien qui faisait de la peinture, alors il m'a pris, j'étais tout le temps avec lui, je n'ai pas une formation en tant que peintre, mais quand il s'agissait de décrépir les murs, voilà, moi je faisais ça [...] Après, j'ai connu des Africains qui faisaient des containers pour l'Afrique et qui avaient besoin de main d'œuvre. Donc j'ai aussi bossé avec ces gens-là, jusqu'à rencontrer la personne avec qui je fais les déménagements, voilà, qui est aussi un Africain. [...] Il y a des Africains qui sont pas du tout sympas, entre compatriotes, mais les 2 personnes que j'ai pu être avec depuis quelque temps c'est des gens bien. (PM)

Cette solidarité s'étend aussi aux réseaux transnationaux puisque les PM envoient de l'argent dans leur pays d'origine (rémittances). Ce qui est plus spécifique au thème qui nous intéresse, est le fait que ces réseaux sont aussi le support de transfert de connaissances sur le VIH/IST qu'elles acquièrent en contexte migratoire. Elles deviennent ainsi à leur tour des ressources :

L'avantage, dans ces locaux où nous sensibilisons les gens, ils prennent les informations, mais ils sensibilisent pas ici en Suisse, mais dans leur pays d'origine et leurs cercles familiaux. Et on reçoit toujours un feedback, quand quelqu'un est rentré chez lui et alors il vient et dit 'oui, vous savez, là-bas ils sont aussi, ils commencent à aborder ces sujets, ils peuvent gentiment en parler'. Et pour nous, c'est déjà une réussite. (ACT, traduit de l'allemand)

Les PM font donc de la prévention transnationale : « *Un gars qui habite depuis déjà vingt ans en Suisse et qui parle bien français et qui connaît... qui est allé au Checkpoint, qui amène son pote de passage du Nigéria pour venir au Checkpoint faire des dépistages, faire la PrEP. Donc le réseau social, amis* » (ACT).

6 Pratiques d'intervention dans le domaine VIH/IST et migration

Les pratiques professionnelles qui concernent la santé en lien avec le VIH/IST des PM ont cours principalement dans 2 secteurs d'interventions : le secteur du VIH/IST et le secteur de la santé sexuelle.

Notre analyse a montré que les types d'intervention et les pratiques professionnelles sont nombreuses et qu'elles varient en fonction des missions des organismes concernés, de leur statut juridique (service public ou association), de leur ancrage institutionnel local et national tout autant que des publics¹⁸ qu'elles touchent et de la gamme des services proposés : médicaux, psychologiques, sociaux, juridiques, spirituels, etc. Les rapports de collaboration intra- et interinstitutionnelle que les intervenant-e-s entretiennent avec les membres de leur réseau d'acteur-ric-e-s ressources (qui peuvent être plus ou moins larges) jouent également un rôle dans le quotidien des ACT.

Même si le travail au quotidien diffère, les ACT qui travaillent dans le domaine du VIH/IST et de la migration font état des mêmes contraintes structurelles et institutionnelles et se fondent sur des approches et des principes semblables.

Dans ce chapitre, nous présentons les pratiques professionnelles des ACT que nous avons rencontré-e-s :

- les interventions advenant dans le secteur du VIH/IST et celui de la santé sexuelle/sexualité ;
- les approches adoptées, les principes de référence et les outils mobilisés par les ACT ;
- les collaborations intra et inter-institutionnelles. ;
- les contraintes structurelles et institutionnelles qui encadrent les pratiques professionnelles.

6.1 Les interventions dans le secteur du VIH/IST et de la santé sexuelle/sexualité

Les pratiques professionnelles et offres évoquées par les ACT rencontré-e-s mettent en jeu des **échelles d'interventions différenciées** selon l'étendue de la prise en charge. Ces échelles relèvent principalement de trois domaines d'intervention :

- 1) Le premier niveau, le plus spécifique, restreint le champ d'action des interventions au **domaine VIH/IST**. Sur le plan formel, cette échelle d'intervention est propre aux structures telles que les antennes régionales de l'ASS.
- 2) Le deuxième niveau, moins spécifique, étend plus généralement le champ d'action des interventions au domaine de la **sexualité** et de la **santé sexuelle**. Le domaine VIH/IST ne constitue sur ce plan qu'une problématique parmi d'autres. Ce champ d'action occupe des structures, comme par exemple les centres de santé sexuelle et plannings familiaux.
- 3) Le troisième niveau, le plus englobant, intègre dans son champ d'action des interventions qui prennent en considération le domaine de la **santé en général**. Cette échelle d'intervention caractérise typiquement les pratiques professionnelles des ACT rattaché-e-s à des structures comme celles qui font partie de la plateforme nationale de soins pour les sans-papiers. Cependant, comme nous le verrons, d'autres structures comme des antennes régionales de l'ASS ou des ONGs actives dans le domaine du travail du sexe s'insèrent dans cette lignée, du fait qu'elles adoptent une approche en santé globale.

¹⁸ Selon les types d'institutions et les domaines de rattachement de celles-ci, les personnes qui les fréquentent sont désignées par les ACT interviewé-e-s comme des « bénéficiaires », des « client-e-s », des « patient-e-s » ou des « membres ». Pour éviter d'adopter ici une catégorie au détriment des autres, nous les désignons comme des personnes qui fréquentent les institutions ou des PM.

Indifféremment de l'étendue de la prise en charge privilégiée par les institutions de rattachement de nos répondant-e-s, il existe de nombreux programmes et offres spécifiques ciblant les populations migrantes en Suisse. Si pour des raisons éthiques, les responsables de la promotion de ces programmes évitent de mentionner formellement les catégories de PM visées par leur intervention sur le terrain, dans la plupart des cas les groupes ciblés par les intervenant-e-s correspondent aux populations qui, d'un point de vue épidémiologique, sont originaires de pays à haute prévalence du VIH, comme les populations issues d'Afrique subsaharienne.

6.1.1 L'intervention relevant du domaine VIH/IST

En ce qui concerne les pratiques professionnelles relevant spécifiquement du domaine VIH/IST, 5 types d'intervention ont été thématiques par les ACT rencontré-e-s : **sensibilisation, dépistage, traitement, accompagnement et orientation.**

La sensibilisation : conseil, transmission d'informations et renseignement

Le travail de sensibilisation concerne, à un niveau plus ou moins important, la plupart des ACT interviewé-e-s. Il consiste principalement à promouvoir des activités professionnelles de **conseil**, de **transmission d'informations** et de **renseignement**. Ce travail est effectué soit dans les institutions de rattachement des ACT rencontré-e-s (ou dans les structures des partenaires institutionnels ou civils avec qui il-elle-s collaborent), soit hors-murs, dans le cadre d'actions de proximité menées dans des endroits où le public cible peut directement être atteignable et sensibilisé (rue, établissements communautaires, événements festifs et sportifs, foyers d'hébergement pour personnes relevant de l'asile, etc.). Ce type d'intervention vise autant la sensibilisation que la vérification des connaissances au sujet du VIH/IST circulant au sein du public cible.

Les thèmes de sensibilisation abordés dans le cadre du travail de conseil et de transmission d'informations effectué par les ACT sont variés :

- Information et conseil sur le VIH/IST (modes de transmission, traitements, indétectabilité, etc.) ;
- Information et conseil sur les tests de dépistage ;
- Information et conseil sur la réduction des risques grâce à des moyens de protection (préservatifs, carrés en latex) ; distribution et mise à disposition de matériel de protection ;
- Information et conseil sur la réduction des risques avec la PEP et la PrEP ;
- Information et conseil sur les droits en tant que personne vivant avec le VIH.

Sur le plan pratique, ce travail d'information et de conseil peut inclure la distribution de brochures et d'accessoires de prévention, comme des préservatifs :

On travaille avec les magasins de produits africains en Suisse. Maintenant les salons de coiffure on en fait de moins en moins, mais on a gardé quelques contacts dans des salons de coiffure pour hommes, mixte, etc. où souvent on va déposer du matériel de prévention. Voilà ce sont les gérants qui nous appellent 'je n'ai plus de préservatifs'. Donc on va faire des dépôts. Si on rencontre des gens on peut parler, on a l'opportunité de parler. (ACT)

Une PM raconte comment la prévention se fait dans le **foyer d'hébergement** pour personnes relevant de l'asile où elle habite. Si elle apprécie les interventions faites par une antenne régionale de l'ASS, elle exprime sa réticence au sujet de l'accès aux préservatifs dans le cadre du foyer :

Ils viennent au foyer et font de la prévention... je me rappelle plus le nom de l'organisation... Il y a une feuille, on t'explique, ils te donnent à lire, même dans notre propre langue, dans la langue dans laquelle on se sent plus à l'aise. Et après ils te disent aussi qu'il y a des préservatifs qui sont à disposition, mais il faut aller faire une demande [il rit]. [...] Les gens pouvaient aller chercher, mais le truc, c'est qu'il y a aussi des caméras dans le foyer... Si tu vas dans ce coin, tout le monde sait ce que tu vas faire... (PM)

Lorsque l'intervention de type sensibilisation est réalisée dans le cadre de **cours**, elle comporte une partie théorique et pratique. Pour parler de l'usage des préservatifs, les ACT concerné-e-s par ce type d'intervention utilisent, par exemple, un pénis artificiel et invitent les participants à montrer comment ils font ou feraient (au cas où ils n'auraient encore aucune expérience pratique sur la question) pour placer un préservatif.

Ce travail d'information et de conseil implique aussi un travail complémentaire de **renseignements** qui est exercé à différents niveaux par les ACT rencontré-e-s :

- Renseignements sur ce que les personnes savent déjà sur les IST et en matière de protection, en évitant de porter des jugements de valeur ethnocentriques ;
- Renseignements sur les pratiques sexuelles et conseils pour les tests de dépistage.

Les ACT interviewé-e-s ayant évoqué ces thèmes soulignent l'importance de ce travail pour ouvrir la discussion et faciliter le passage de l'information et le conseil sur des sujets spécifiques. Le fait de partir de ce que les PM savent déjà relèverait d'une stratégie très efficace d'entrée en matière visant à mieux comprendre les comportements relatifs à leur vie sexuelle dans leur pays d'origine (relation de couple, rapport à la sexualité, etc.) :

Donc pour moi, une des bonnes pratiques, c'est de voir avec la personne qu'est-ce que elle, elle fait, en fait. Et puis on peut poser des questions. Moi, je mets exprès les pieds dans le plat. Je dis 'ah chez vous c'est comment ?' En fait, on a le droit de demander, genre, on peut pas être spécialiste de toutes les cultures... (ACT)

Aussi, le fait de parler des connaissances réelles des PM sur les tests de dépistage, les préservatifs et les traitements relève d'une autre stratégie qui s'avère très efficace visant à générer l'ouverture de thèmes de discussion plus sensibles comme celui des violences. Selon les expériences révélées par ce biais, il s'agit ensuite d'orienter les personnes vers des structures de prise en charge adaptées :

Lorsqu'on pose ces questions, vous avez quelqu'un qui dit 'Moi voilà je suis fatiguée, mais il veut avoir des rapports sexuels tout le temps. Mais nous avons 3 enfants et je m'occupe de tout à la maison'. Donc il y a ces questions : 'Mon mari a des problèmes d'érection mais je suis contente, parce qu'il me brutalisait donc je...'. Donc tout ça, voilà, ça sort. Et puis on dit 'mais est-ce que vous savez qu'en Suisse on n'a pas le droit de battre quelqu'un ?'. (ACT)

Dans le domaine plus spécifique du **travail du sexe**, une interviewée évoque le fait que, dans le canton où elle travaille, des **séances d'information générale** doivent être suivies avant l'obtention d'une attestation permettant d'exercer ce métier.

Il y a un powerpoint qui est retransmis et elles suivent chaque diapo, que ce soit les droits, les devoirs, les assurances, l'AVS, les ficelles du métier, le safer sex, tout ce qui est les loyers, comment ça se passe normalement dans les salons, les pourcentages, l'alignement des prix avec la concurrence [...]. Par rapport à la santé, à ce qui se passe si une femme se fait agresser, comment est le suivi avec la police, juridiquement etc. [...] La séance d'information

dure environ 1 heure et demie, et à la fin un guide écrit traduit dans toutes les langues est transmis. Donc après elles peuvent relire. Mais elles sont quand même obligées de suivre la séance pour obtenir l'attestation. (ACT)

Cette même interviewée pense que ces séances devraient être organisées dans tous les cantons de Suisse.

Les tests de dépistages du VIH/IST

Parmi les actions de dépistage exécutées le plus fréquemment au sein des institutions de rattachement des ACT rencontré-e-s figurent les tests du VIH, de la Chlamydia, de la Gonorrhée et de la Syphilis.

En ce qui concerne le VIH, en contexte Suisse, plusieurs types de tests sont proposés : le « test rapide », le « test de laboratoire », le « test mobile » et l'« autotest ». De manière générale, sur le plan technique, le **test rapide** est effectué notamment dans les antennes régionales de l'ASS, les Centres de santé sexuelle, des institutions actives dans le domaine du travail du sexe et d'autres structures à bas seuil. Ayant l'avantage de donner des résultats rapides (disponibles après 20 minutes) et fiables, il permet d'obtenir immédiatement un conseil individuel anonyme et confidentiel en cas de résultat positif. Le résultat du **test de laboratoire** est relativement plus long à obtenir, étant donné les plus longues procédures administratives qu'il implique (résultat disponible pas avant 3 jours). Le **test-mobile**, aussi de type rapide, a le grand avantage de pouvoir être transporté par les ACT spécialisé-e-s lors d'intervention de proximité ailleurs que dans un centre ou en laboratoire. L'**autotest**, quant à lui, facilement accessible sur le marché (disponible dans les pharmacies et en ligne) depuis 2018, permet un usage à domicile et individuel.

Les tests de dépistage VIH/IST font partie des offres de plusieurs institutions de rattachement des ACT interviewé-e-s. Dans la majorité des cas, les tests utilisés par nos interlocuteur-ric-e-s correspondent soit au premier ou au deuxième type. Le premier est utilisé lorsque leur institution de rattachement dispose elle-même des compétences et moyens infrastructurels pour les réaliser. Si cela n'est pas le cas, l'institution fait appel au deuxième type, qui exige de passer par une structure compétente intermédiaire qui analyse les échantillons de sang. Cette deuxième procédure requiert donc un certain temps avant réception des résultats.

Les troisième et quatrième possibilités de test de dépistage (**test mobile** et **autotest**) font l'objet de **controverses** parmi les ACT rencontré-e-s qui passent beaucoup de temps sur le terrain. En ce qui concerne le test mobile, même si personne ne remet en question ses avantages pratiques, les plus critiques rendent attentif-ive au danger qu'il peut représenter dans certains contextes d'intervention sur le plan de la création de liens de confiance avec la population cible :

La plupart des tests se font sur place, dans nos locaux. Je pense que cela est dû à l'infrastructure nécessaire pour faire un test comme celui-ci, à la confidentialité. Et notre bureau est vraiment central. Et je pense que ce sont des points sur lesquels on peut se positionner et dire 'ok, maintenant nous le ferons sur place'. Si on veut tester dehors, le problème se pose très vite avec la confidentialité, avec les pièces adéquates. Dans un foyer, par exemple, je trouve que c'est pas optimal, parce que les gens viennent quand même trop. (ACT, traduit de l'allemand)

Une ACT spécialisée dans le domaine du travail du sexe, tout autant critique que l'auteur de la citation précédente, souligne en particulier le caractère dérangeant et contreproductif de ce type de test qui favoriserait l'instauration d'un climat de suspicion généralisé sur le lieu de travail des personnes travailleuses du sexe :

On ne fait pas de test rapide parce qu'on est dans un salon, il y a d'autres femmes, bien sûr, je prends la femme séparément dans une chambre, il y a une explication, il y a tout ce qu'on doit faire. Mais si maintenant j'avais un test rapide et qu'il était positif, si quelque chose de positif apparaîtrait, ça serait une catastrophe totale. Parce que tout le monde l'apprendrait et pour cette femme ça serait un désastre, elle craquerait. (ACT, traduit de l'allemand)

Du côté des **PM** interviewées, en revanche, les dépistages rapides sur les lieux de travail n'ont **pas été remis en question**. Au contraire, une personne dit à quel point elle les apprécie :

Pour moi c'est pratique, parce que moi je travaille, si je dois aller au laboratoire c'est moins pratique. Par exemple, moi je l'ai déjà fait pour le COVID-19, il y a pas longtemps, je suis allée au laboratoire, on m'a pris le sang. Je ne suis pas restée et on m'a envoyé les résultats par mail. Mais sinon les tests de dépistage pour le VIH c'est sur place, c'est pratique. [Prénom d'une ACT] m'avertit quand ils passent pour faire les tests, quand il y a une campagne de prévention et celles qui veulent le font. Moi je l'ai toujours fait, tous les 6 mois. (PM)

Un autre exemple critique fourni par un ACT interviewé démontre le caractère inadapté de l'usage de ce type de test lors d'interventions effectuées dans le cadre d'évènements culturels où les gens sont principalement invités à se divertir. Dans ce contexte, le test mobile de dépistage est tout aussi intrusif que dans le cas précédent. Non seulement, il deviendrait un facteur stressant susceptible de gâcher l'ambiance festive de l'évènement, mais aussi une **source de stigmatisation supplémentaire** dans le cas par exemple où il serait utilisé dans des festivals de musique du monde comme le Swiss African festival dédiés à un continent déjà stigmatisé :

Tester à des fêtes ça a toujours été la question : est-ce que c'est l'endroit, est-ce qu'il y a ne serait-ce que le cadre pour ça ? Alors, nous remarquons déjà comme c'est difficile pendant le travail de proximité, comme ça peut être difficile de parler de nos sujets lors de telles fêtes, pendant lesquelles on a pas forcément envie de parler du VIH, des IST, mais qu'on va là-bas pour faire la fête en fait. Proposer des tests là-bas, c'est pas forcément le bon cadre. [...] Nous avons aussi déjà été à un SwissAfricanFestival pour proposer des tests au VIH, c'était un test pour voir comment c'est accepté. (ACT, traduit de l'allemand)

En ce qui concerne le quatrième type de test disponible en vente libre (**autotest**), certain·e·s ACT critiquent ce moyen de dépistage individuel qui, bien que relativement bon marché, n'intègre **pas de conseil** au niveau de son usage et n'offre **pas de soutien** en cas de réaction positive au test VIH. Cette situation peut se révéler extrêmement problématique sur le plan psychologique selon la manière dont les personnes concernées réagissent à ce genre de révélation.

Sur le plan financier, les tests de dépistage VIH/IST sont payants (le prix officiel varie selon les institutions), sauf lors de campagnes de prévention organisées par certaines institutions comme les antennes régionales de l'ASS qui, à l'occasion de ce genre d'évènement, invitent leur public cible à venir faire des **tests de dépistage gratuits**.

Notre objectif est de leur dire qu'il existe un endroit où l'on peut se faire tester pour connaître son statut. Et nous ont leur donne aussi la possibilité, en novembre on peut se faire tester gratuitement. Alors oui, cette campagne GET TESTED que nous faisons chaque année, tout le monde peut connaître son statut et c'est important. [...] Parce que le test de dépistage au VIH est payant. Et une personne en situation de précarité ne peut pas se permettre ces 60 francs. Et c'est exactement ce qu'on essaie de sensibiliser au maximum et de leur dire 'faites

attention, en novembre il y a la possibilité de se faire tester gratuitement'. (ACT, traduit de l'allemand)

Dans la pratique, dans certaines structures à bas seuil ou antennes régionales de l'ASS, les **prix** des tests peuvent être **négociés à la baisse**, en fonction des possibilités financières des personnes concernées. Si celles-ci ne peuvent pas les payer, comme c'est souvent le cas pour les personnes sans-papiers, ils sont offerts. Cette dimension de **gratuité** et d'accès à la prévention primaire pour toute personne, indépendamment de son statut légal et de ses ressources économiques, est **très appréciée par les PM** rencontrées :

[nom d'une antenne régionale de l'ASS] c'est très important, parce qu'il y a beaucoup de gens qui se connaissent. Si tu veux chercher des préservatifs tu peux aller là-bas, si tu as pris un risque, si tu es un sans-papiers et tu n'as pas d'assurance, ils font les tests. Et c'est un groupe de personnes... tu te sens comme chez toi, parce que ouais, quand tu vas là-bas, si tu n'as pas l'argent, ils te disent 't'inquiète, on peut faire le test'. (PM)

La possibilité de faire les tests à **tout moment** et de recevoir **rapidement les résultats** est également **très appréciée**. Ces éléments peuvent amener les PM à adopter des stratégies afin d'en bénéficier, dont des déplacements d'un canton à l'autre.

En vrai, j'aimerais faire ce test tous les 6 mois. A [nom d'une ville], c'est plus simple parce qu'il y a effectivement un médecin qui parle un peu l'espagnol et le portugais et c'est gratuit. Ici à [nom de la ville dans laquelle il habite] je ne sais justement pas exactement si c'est gratuit ou pas et ce n'est que chaque lundi. En même temps, je dois réfléchir, si je vais là-bas, je dois acheter le ticket, mais ici justement je le connais même pas encore. [...] Mais justement, que ce soit que le lundi, je trouve un peu compliqué, parce qu'alors je dois attendre une semaine avant d'avoir le résultat. (PM, traduit de l'allemand)

Le **partage de certaines caractéristiques sociales avec le personnel médical** est également **apprécié** et participe au fait que les personnes se sentent comprises et à l'aise dans la prise en charge. Il peut s'agir par exemple de la langue parlée et/ou du genre. Ces éléments sont notamment évoqués par les personnes non-hétéro-cisgenres.

Ils m'ont toujours très bien traité. Je me suis toujours senti très bien compris. Et puis surtout parce que la médecin était aussi brésilienne et chez elle c'était particulièrement bien. (PM, traduit de l'allemand)

She's a female doctor. And I felt comfortable with her. I never had a problem with her. (PM)

Quant aux **contextes institutionnels** dans lesquels les PM interviewées disent avoir effectué des tests de dépistage, notamment pour le VIH (moins pour les autres IST), ils sont **variés** tant sur le plan géographique que temporel. En effet, plusieurs personnes déclarent avoir effectué des tests dans leur pays d'origine, avant la migration, ou lors d'un (ou plusieurs) retour(s) au pays. Les tests de dépistage peuvent aussi être effectués dans d'autres pays européens où quelques personnes ont déposé leur demande d'asile ou y ont obtenu un permis de résidence. Les personnes plus itinérantes disent avoir fait des tests de dépistage dans différents pays dans lesquels elles ont vécu, notamment lorsque se présentait la possibilité de les faire gratuitement, comme en Angleterre ou en Allemagne.

En août j'étais en Allemagne et là il y a une espèce d'association pour les travailleurs du sexe et là-bas j'ai profité de l'occasion pour me faire tester, parce que tout était gratuit. J'ai fait toutes sortes de tests et ils étaient tous négatifs. Et je me suis fixé comme objectif de le faire

tous les 6 mois. Mais si j'ai un soupçon ou bien si j'ai vécu une situation à risque peut-être alors même tous les 3 mois. (PM, traduit de l'allemand)

Les **contextes institutionnels** dans lesquels les PM rencontrées disent avoir effectué des tests de dépistage **en Suisse** varient :

- les centres d'hébergement pour requérant·e·s d'asile et réfugié·e·s ;
- les antennes régionales de l'Aide Suisse contre le Sida (ASS) ;
- les lieux de travail pour les personnes travailleuses du sexe (tests rapides organisés par les antennes régionales de l'ASS ou par des associations actives dans le domaine du travail du sexe) ;
- les hôpitaux (services des maladies infectieuses ou de santé pour les personnes migrantes) ;
- les cabinets médicaux des médecins traitant·e·s ou gynécologues.

Selon les contextes institutionnels dans lesquels les tests de diagnostic ont été effectués, les personnes concernées peuvent se sentir plus ou moins contraintes de les faire. C'est notamment le cas pour les tests proposés dans les centres d'hébergement pour personnes relevant de l'asile : « *Quand tu arrives en Suisse, ils te font les vaccins, tout. Et ils ont fait le test VIH aussi. Quand tu arrives en Suisse, tu es obligé de faire le test* » (PM).

Toutes les personnes interviewées qui sont **entrées en Suisse par la LAsi** ont perçu le test de dépistage du VIH comme une **obligation** à laquelle elles ne pouvaient pas se soustraire. Dans ce contexte, aucune personne n'a évoqué la possibilité de refuser la proposition du test de dépistage du VIH.

[à l'arrivée], on m'a fait un test, mais de tuberculose. Après j'ai eu des vaccinations et j'ai aussi été testé pour le VIH. On nous a dit qu'il y a des tests médicales, moi je savais ce que c'était ces tests. [...] À l'arrivée, c'était obligatoire. Et puis ils te montrent, ils te donnent le résultat. Et c'était négatif. (PM)

Une partie des PM rencontrées, notamment les personnes qui s'identifient en tant qu'hétérosexuelles, disent préférer se faire tester par des **médecins traitants** ou des **gynécologues** pour les femmes, afin d'éviter le risque de se faire repérer dans des structures spécialisées dans le dépistage et la prise en charge des IST, comme les antennes régionales de l'ASS ou les ambulatoires des maladies infectieuses dans les hôpitaux.

Enfin, reste à relever que parfois les PM interviewées **présument avoir passé des tests de dépistage** dans le contexte de contrôles médicaux routiniers :

Bon, moi en fait, chaque deux mois ou trois mois je... parce que j'ai un médecin généraliste. Il m'examine et puis il fait les prises de sang et tout. Il va faire les tests, si tu es diabétique et tout ça. Si tu es séropositif, la machine elle va le détecter, oui, parce que le sang qu'on enlève c'est pour faire les tests. Et si on a une maladie dans le sang, on le voit, on le sait. (PM)

L'annonce du diagnostic

Toutes les 5 PM vivant avec le VIH que nous avons rencontrées décrivent le **diagnostic de séropositivité** comme une nouvelle inattendue, y compris les 3 personnes qui présentent des symptômes physiques et reçoivent le diagnostic dans le cadre d'une hospitalisation. La première personne apprend sa séropositivité dans un pays de l'Europe méridionale en 2009, lorsqu'elle est hospitalisée à cause de fortes douleurs dans les jambes qui empêchent tout mouvement. La deuxième personne apprend sa séropositivité dans un autre pays de l'Europe méridionale en 2009, lorsqu'elle est hospitalisée à cause de fortes diarrhées et une

importante perte de poids. La troisième personne apprend sa séropositivité en Suisse en 2018, lorsqu'elle est hospitalisée d'urgence, en raison de difficultés respiratoires. Après quelques jours aux soins intensifs, selon ses dires, un médecin lui annonce sa séropositivité, sans qu'elle n'ait souvenir d'avoir donné son consentement pour faire le test de dépistage.

The doctor came and said 'I have to tell you something. We check your test and we have the result. You are... positive at AIDS'. I was shocked. 'What? Positive? How do you know that?'. 'Because you let them do this'. 'No, I never let them to do this'. [...] I'm so angry, I'm so fucking angry, because he do this without my agree. [...] And then the doctor said 'no, because they were there, they ask you'. 'Yeah, they ask me, but at this time I'm not in a good situation, I'm sick. I don't know what happens in there, because I'm sick yeah, I'm in ICU'. (PM)

L'annonce de séropositivité est décrite comme un « **choc** » pour toutes les 5 personnes, indépendamment de l'année du diagnostic (2000-2018) et du contexte géographique (pays d'origine, Suisse ou autre pays européen). Le choc se mesure à l'aune des représentations négatives que ces personnes ont du VIH. En effet, elles interprètent cela comme une sentence de mort. L'image évoquée précédemment d'un corps « *sale* » les hante, tout comme celle selon laquelle le VIH intervient comme une punition venant sanctionner un comportement socialement et moralement non conforme.

Pour les 3 personnes d'origine africaine, s'ajoute le fait que, pour mesurer la gravité de l'annonce, elles utilisent comme référence la situation sanitaire qui caractérisait leur pays d'origine au moment du diagnostic.

J'ai fait le test et j'ai été voir le médecin et après quelques jours je suis allée pour les résultats. Je suis allée toute seule et j'étais sûre que j'avais rien, parce qu'à cette époque pour nous, en Afrique, les malades c'était des morts-vivants... et moi je me disais qu'est-ce que tu as fait pour mériter ça ? Ça veut dire que les malades sont maudits, tu es maudite, tu as fait quelque chose, tu as une punition. Tu as fait quelque chose pour mériter ça. Mais moi, quelqu'un qui était mariée, jeune... comment je peux avoir cette maladie maudite ? [...] C'était dur... je pleurais. Je suis rentrée à pied, j'ai marché, c'était long, je marchais et je pleurais dans la rue, sans arrêt. [...] pour moi c'était violent... et je connaissais personne... (PM)

Le « *choc* » du diagnostic peut également être amplifié par le fait de ne pas savoir par qui et dans quel contexte la contamination a eu lieu (deux personnes) ou par le fait de se considérer comme quelqu'un qui a toujours veillé, à quelques rares exceptions près, à avoir des rapports sexuels avec préservatif. C'est notamment le cas d'une femme transgenre qui exprime son fort ressenti envers la personne qu'elle suppose être à l'origine de sa contamination. Sa situation de forte précarité juridique et socio-économique en Suisse exacerbe également ces sentiments.

I met him once, because I wanted to see him. I said 'why did you do this to me?' Because it kills me. I feel so down, so fucking down... I feel really down, because I know myself, I am clean, I thought I had a good health. Then, I know I have this kind of sickness and that I'm gonna die. I'm already illegal, I have nothing, no place, no job, no more everything. And then I know I have this virus... I met the guy who have given me this. I saw him, on the other side of the street, and I want to slap his face. At that moment, I was really so fucking angry, and watch his face, I want to grapple him, you know... [crying] [...] I lost everything and you know, living in this country without anything, without any guarantee... (PM)

Compte tenu des réactions que le diagnostic de séropositivité soulève, le **contexte** et les **modalités d'annonce** s'avèrent **très importants**. Comme souligné par une PM rencontrée, le diagnostic doit être donné dans une langue que la personne concernée comprend bien. Il faut aussi veiller à ce que celle-ci soit dans un état physique et psychologique lui permettant de recevoir l'information. Le message positif, selon lequel grâce aux traitements ARV les personnes séropositives ont la même espérance de vie que les personnes séronégatives, permet également d'atténuer le choc de l'annonce.

So the doctors came, maybe in 4 or 5 doctors inside the room where I was hospitalized, they came and talked to me. So the head of the team met me and said 'we have something to tell you', like this. And, again, he said 'this is not a problem. I know that you are going to be down, but this is not a problem, is not a death sentence. Before it was a death sentence. You have medication to take'... (PM)

Si ce message est rassurant sur le plan de la santé, encore faut-il que les personnes plus précarisées puissent bénéficier de conditions de vie satisfaisantes en Suisse, raison pour laquelle les offres de prise en charge totale (permis de séjour, permis de travail, etc.) sont particulièrement appréciées.

The doctor that went to me, speak to me, discuss to me and promises me 'we will help you and give you medication because here, in the hospital, we have support for medication that can help you. And then maybe we can help you, that you can do one check to have a permit, to find a job here again, and you have a permit that you can be legal here. We can do that, we can help you for everything'. And then, of course, with these promises, because... I cannot accept at that time. I cannot accept. Because, it's really rude. My life becomes... for me it's finish. (PM)

Le suivi médical

De manière générale, les traitements contre le VIH/IST (traitement ARV contre le VIH, traitements antibiotiques contre la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis) et les prophylaxies relevant de la prévention dite biomédicale (PEP et PreP) sont pratiqués en contexte médical, que ce soit en milieu hospitalier ou ambulatoire, dans des structures publiques ou associatives (hôpitaux, médecins spécialisés et de famille, Antennes régionales de l'ASS, Checkpoints, structures pour personnes travailleuses du sexe, sans-papiers, etc.). Tous ces traitements sont prescrits sur ordonnance rendue par un·e médecin.

Si le traitement contre la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis sont de courte/moyenne durée, le traitement ARV est un « projet à vie »¹⁹. Son efficacité dépend de la prise régulière des médicaments. Le traitement standard consiste à combiner au moins trois médicaments antiviraux. Tous nos répondant·e·s s'accordent sur le fait que, dans le cadre de ce traitement, un accompagnement est indispensable afin de garantir son succès. En effet, le risque de prendre ces médicaments de façon inadaptée est important quand les personnes concernées ne se font pas accompagner, comme, nous l'avons vu, dans les cas de « pauses thérapeutiques » à l'initiative des patient·e·s. L'assurance maladie de base couvre tous les frais indispensables au traitement du VIH.

¹⁹ Voir brochure distribuée par l'ASS (page 15), accessible en ligne et téléchargeable depuis l'adresse : <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewjyPeEv8fpAhXK26QKHbNxDM0QFJAJegQIBRAB&url=https%3A%2F%2Fwww.gsj.ch%2FHtdocs%2FFiles%2Fv%2F5881.pdf%2FQuejedevraissavoirsurllesmedicaments.pdf%3Fdownload%3D1&usg=AOvVaw3xOoJuQUGA45gecgW5pcTb>, [lien consulté le 30 septembre 2021].

Quant aux expériences vécues par les PM rencontrées dans le domaine de la **prévention secondaire**, elles concernent 5 cas de VIH, 4 cas de chlamydia et 2 cas de syphilis. Par rapport au **VIH**, il importe d'inscrire les soins reçus par les personnes vivant avec le VIH dans la temporalité de leurs parcours de vie et de l'histoire du VIH/sida (année du diagnostic par rapport à l'âge de la personne et aux ARV), ainsi que dans le contexte du diagnostic (pays d'origine, Suisse, autre pays européen). Les 5 **personnes qui vivent avec le VIH** que nous avons rencontrées se disent **satisfaites du suivi médical après le diagnostic** et ne formulent aucune suggestion d'amélioration. Que ce soit en Suisse ou ailleurs, elles se sentent soutenues par le personnel soignant, mais également par le personnel qui s'occupe du suivi administratif et psycho-social. La figure de l'« *assistante sociale* » est fréquemment citée comme une personne ressource très appréciée en milieu hospitalier. En effet, comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à l'imbrication des vulnérabilités, pour les personnes qui sont le plus précaires sur le plan juridique et socio-économique, l'incertitude quant à la possibilité de rester en Suisse et bénéficier du traitement ARV, ainsi que les factures générées par les soins médicaux reçus sont source de beaucoup de stress et d'anxiété.

Trois personnes vivant avec le VIH fréquentent également une **antenne régionale de l'ASS**. Elles y apprécient notamment la **prise en charge globale** (en termes de soutien juridique pour le permis ou pour d'autres questions plus intimes comme les éventuelles violences subies dans le cadre conjugal), de suivi médical et de soutien psycho-social à travers les groupes de parole. En revanche, le fait que plusieurs antennes régionales intègrent encore le mot « sida » dans leur dénomination peut poser problème. Une femme interviewée nous a parlé de la peur d'être identifiée comme malade du sida et de rencontrer des personnes qui la connaissent.

Parce qu'il y avait ce nom, sida, je me disais que si j'allais, j'allais rencontrer des gens là-bas et ils allaient me voir... je me préoccupais beaucoup de ce que les gens pensaient, jusqu'en 2010, quand j'ai commencé à rencontrer des personnes séropositives. Je me disais, non cette maladie... [...] tu te demandes : pourquoi moi et les autres n'ont pas eu ? Chaque personne se demande la même question. Et si on fait ça, il y a le self stigma, on se stigmatise nous-mêmes. Il y a ça beaucoup de self-stigma. Pourquoi ? Pourquoi ? Pourquoi ? Et avec ça, on arrive nulle part... (PM)

Les traitements des **autres IST** déclarées se font en milieu hospitalier et aucune remarque n'a été formulée par rapport à ce type de suivi. Deux PM rencontrées nous ont néanmoins parlé d'un moment difficile qu'elles ont vécu lors de l'annonce du diagnostic. Elles décrivent le cas de deux médecins travaillant en milieu hospitalier (aux urgences et dans un service spécialisé dans la prise en charge des PM) très « stressés » et « angoissés » par leur état de santé. Cela est arrivé quand elles ont consulté en raison de symptômes dans les parties génitales, ce qui a débouché sur un diagnostic de chlamydia pour l'une et de syphilis pour l'autre.

Et aux urgences ils m'ont donné encore l'adresse d'un médecin pour faire des dépistages encore plus loin, ça faisait sens, parce que la fille, elle avait peur... la médecin, parce que c'était une femme africaine... elle devait me regarder, et elle m'a vu, elle était tellement angoissée, qu'elle a même aggravé la situation... et quand je suis arrivé chez le médecin spécialiste, il m'a dit 'ah, mais j'ai eu peur, quand j'ai vu ça, un jeune homme comme toi, je pensais que je vais faire des frottis, alors que c'est pas ça. Ça c'est juste une infection'. (PM)

La **PEP**, quant à elle, est proposée après une évaluation attentive des risques encourus par la personne susceptible d'en bénéficier. Selon les expériences de nos ACT interviewé-e-s, elle est beaucoup plus souvent proposée aux **HSH** qu'aux personnes hétérosexuelles, comme le précise cette interlocutrice :

C'est clair que si c'est un homme, je rappelle quand même que à [nom d'une grande ville] il y a énormément d'infections dans les rapports homosexuels, parce que peut-être, ils me disent pas, et moi de rappeler les situations dans lesquelles une PEP serait vraiment importante. [...] Mais je trouve c'est pas sain, quand c'est comme ça un soir, en discothèque, puis si c'est pas une femme qui était originaire d'un pays à haute prévalence. De nouveau, c'est en fonction du stress de la personne, mais c'est vrai qu'on va pas forcément lui donner la PEP comme ça. (ACT)

Selon une autre répondante qui travaille dans le domaine du travail du sexe, la PEP fait partie des interventions menées dans ce domaine, mais elle ne serait pas fréquente.

L'intervention qui consiste à proposer la **PrEP** et à accompagner sur le plan médical et psychosocial les personnes qui y ont recours serait **encore moins fréquente**. Elle est circonscrite au milieu gay et son usage est réservé aux personnes qui peuvent en assumer les coûts, puisqu'elle n'est pas prise en charge par l'assurance maladie de base. Et même si elle l'était, la PrEP reste inaccessible pour les personnes qui n'ont pas les moyens financiers pour payer les primes mensuelles et la franchise de l'assurance maladie.

De nombreuses institutions privilégient le travail d'accompagnement qui peut prendre de nombreuses **formes différentes**, dont la forme d'un accompagnement relatif au soutien et l'animation de « *groupes de parole* » rassemblant des personnes vivant avec le VIH :

Quand je dis que je suis dans le vivre avec, moi j'organise des repas pour des femmes séropositives. C'est un groupe de parole qui a lieu une fois par mois. Donc, c'est autour d'un repas et ce sont les femmes qui préparent, qui font à manger. Et ça, ça les valorise aussi. On attend rien de ces groupes de parole que de leur offrir un espace où elles sont comme des invitées. On met le paquet : on met une nappe, on met de belles assiettes... Voilà comme un repas de fête une fois par mois. Et elles sont là, elles parlent entre elles. Elles se donnent des conseils. Et l'une d'elles fait à manger et on applaudit... (ACT)

Parfois, les institutions de rattachement des ACT rencontré-e-s ne peuvent pas satisfaire elles-mêmes une demande, et ce pour différentes raisons : offre indisponible, défaut de capacités infrastructurelles, manque de moyens financiers, barrières de la légalité, débordement de la demande, etc. Dans ces situations, **l'orientation vers une autre structure**, souvent plus compétente et spécialisée, permet d'assurer le suivi d'un cas ou d'améliorer la qualité de la prise en charge.

On a eu des tests positifs [au VIH] chez quelqu'un qui était plus ou moins au courant qu'il en avait. Mais c'est vrai que ça permet de pouvoir le faire suivre en médecine rapidement. Et puis, autrement, je sais qu'il y a une de mes collègues qui a eu un test positif. Mais dans ce cas, c'est vrai qu'on les réfère tout de suite après chez le médecin. (ACT)

Dans certains cas, l'orientation peut mettre en jeu un travail de suivi et d'accompagnement. Dans des situations particulièrement délicates et urgentes qui concernent des personnes vivant dans des conditions de vie instables, comme par exemple les sans-papiers, le travail d'orientation vers une ou plusieurs autres institutions spécialisées peut faire l'objet d'un accompagnement et d'un suivi personnalisés plus ou moins durables.

6.1.2 La prévention et l'accompagnement dans le domaine de la santé sexuelle/sexualité

En ce qui concerne les pratiques professionnelles relevant du domaine de la santé sexuelle/sexualité, 2 principaux types d'intervention ont été évoqués par les ACT : la **prévention** et l'**accompagnement**.

Le premier type d'intervention renvoie à la **prévention sur différents thèmes en lien avec la santé sexuelle et la sexualité**, la liste ci-dessous révèle l'éventail des thèmes de discussion abordés au cours de ce type d'intervention : la puberté, les organes génitaux, la contraception, les grossesses non désirées, les IVG, l'orientation sexuelle, l'homosexualité, la masturbation, les éjaculations nocturnes, les rapports sexuels, les troubles d'érection, les rapports de genre, le consentement, les MGF, les violences, les droits sexuels, les relations de couple, le désir d'enfant en contexte de précarité, les codes de la drague et de la séduction.

Une interviewée met en évidence la nécessité que les parents puissent aussi se former sur le thème de la santé sexuelle et de la sexualité. En effet, si la plupart du temps, les enfants reçoivent les informations dans le contexte scolaire, bien souvent dans certaines familles les parents sont démunis dans l'éducation sexuelle. Cela concernerait les enfants qui ont migré avec leur famille, mais également les enfants né·e·s en Suisse de parents immigrés.

Moi je pense qu'honnêtement, par rapport aux enfants, les enfants qui sont là vont suivre un cursus scolaire, ils vont avoir une éducation sexuelle comme les gens d'ici, même si ça sera bien plus compliqué pour eux... Mais moi, ce que je trouve qu'il y a un manque, c'est vraiment au niveau de ces personnes-là, de ces jeunes-là, pour les aider, je pense qu'il devrait y avoir plus de moyens à disposition pour les parents. Je pense qu'il y a vraiment un énorme un énorme manque par rapport aux parents... (ACT).

Enfin, dans le **domaine du travail du sexe**, une part importante des efforts déployés vise à **prévenir les situations conflictuelles avec la clientèle** qui peuvent exposer les personnes travailleuses du sexe à des violences sexuelles ou autres.

Il y a certaines demandes des clients qu'elles ne comprennent pas. Donc, très souvent, je leur dis 'si vous comprenez pas une prestation en français, qu'il vous la réexplique, mais n'acceptez pas si vous ne comprenez pas [...] Ou alors, moi j'appelle ça une violence, un client qui a payé pour avoir trois orgasmes et il en a un, et il réclame son argent, parce qu'il n'a pas joui les fois qu'il voulait. Nous on dit aux femmes 'vous ne rendez jamais l'argent. C'est pas 'satisfait ou remboursé !''. (ACT)

Le deuxième type d'intervention relevant du domaine de la santé sexuelle et de la sexualité fait référence à des **accompagnements** menés en cas de **situations problématiques particulières** telles que des grossesses en situation de précarité, des grossesses non voulues, des IVG, des violences sexuelles, des MGF et des questionnements en lien avec l'OSIEG. Une ACT nous a par exemple décrit l'accompagnement d'une jeune fille dans le cadre de plusieurs IVG et le processus à travers lequel elle a dû passer pour comprendre les raisons de ces opérations :

J'ai eu une jeune fille qui a fait jusqu'à 4 IVG, en l'espace de deux ans. Et à chaque fois, on parlait de la pilule, et elle allait au planning familial, je me rappelle, je l'ai même accompagnée. Et puis rebelote, elle retombait enceinte. Puis une fois je me suis dit 'il doit y avoir un autre truc qui nous a échappé [...] 'notre corps est fait pour avoir des enfants'. Donc, on voyait cette peur-là [...] Pour moi, ça tournait beaucoup autour de ça : on va pas empêcher d'avoir des enfants, parce que les enfants c'est la première chose que quelqu'un qui se dit avoir réussi la migration peut souhaiter. (ACT)

6.2 Les approches, les principes et les outils d'intervention

Il s'agit maintenant de décrire les approches d'intervention privilégiées par les ACT, les principes qui fondent leurs actions et les outils mobilisés au quotidien. Les approches guident leur intervention en général. Elles peuvent inclure des idéologies, des théories et des lectures cognitives du réel (Parazelli & Bourbonnais, 2017) qui les aident à orienter leur travail. Les principes font référence à des valeurs et des fondements déontologiques qui les guident dans leurs pratiques (Pouchadon, 2017). Enfin, les outils sont plus concrets et sont mobilisés dans les pratiques quotidiennes.

6.2.1 Les approches

Les ACT rencontré·e·s disent se référer à diverses approches qui leur permettent de donner sens à leur travail et de fonder leurs interventions sur des cadres moraux et des valeurs globales dans lesquels il·elle·s se reconnaissent :

- Approche en santé globale
- Approche basée sur les vulnérabilités
- Approche centrée sur la personne
- Approche basée sur le travail de proximité
- Approche communautaire et participative

Ces approches ne sont pas exclusives ; les ACT peuvent faire référence à plusieurs d'entre elles selon les contextes, les types d'interventions ou les publics visés.

Approche en santé globale

De nombreux·euses répondant·e·s s'accordent sur la nécessité de mettre en place, dans la mesure du possible, une prise en charge qui intègre une perspective de santé globale. Cela même lorsqu'il·elle·s interviennent dans un domaine plus spécifique comme celui du VIH/IST ou de la santé sexuelle et de la sexualité. Les ACT rencontré·e·s qui estiment travailler selon cette approche, décrivent des interventions incluant la **santé** (physique, mentale, sexuelle, relationnelle), le **logement**, le **statut juridique** et les **assurances**. À cela s'ajoutent des **spécificités** pour les domaines du **travail du sexe** (en lien avec le droit du travail, les conditions de travail, etc.) et **LGBTQI+** (en lien avec l'OSIEG). Conformément à la Charte d'Ottawa (1986), cela revient à prendre en compte aussi bien l'état de santé des personnes que les conditions matérielles dans lesquelles elles vivent (permis, travail, logement, alimentation).

On cherche toujours une entrée pour parler de VIH/IST et c'est la santé globale. On va dire la santé globale, parce qu'on se met aussi à la disposition des gens pour les orienter. Et après on cible le VIH, on cible les IST. On regarde les gens pour d'autres soucis, on est à l'écoute. C'est d'abord de rester à l'écoute, orienter où est-ce qu'on peut manger si on a pas... Où est-ce qu'on peut aller se laver à [nom d'une grande ville]. Donc voilà c'est une prévention globale dans la santé globale. (ACT)

Dans cette perspective, le VIH/IST n'est plus qu'une des dimensions prises en compte dans l'accueil et le suivi des personnes. Cela se reflète dans les interventions. Par exemple, une antenne régionale de l'ASS propose plusieurs modules de prévention et de promotion de la santé. Ce type d'intervention impliquant un travail important d'écoute et d'orientation tend à devenir un enjeu de plus en plus important dans les structures qui travaillent dans le domaine de la migration et VIH/IST.

L'investissement des ACT dépasse largement la gestion de la vulnérabilité au VIH/IST des PM, notamment quand celles-ci ont un statut légal précaire, voire en sont dépourvues. Le soutien qui leur est offert consiste, par exemple, à les informer sur les procédures d'asile, les aider dans les démarches administratives pour l'obtention d'un permis et les informer sur leurs droits.

Lorsque des PM en traitement perdent leur permis de séjour provisoire, certain·e·s ACT font des recherches pour savoir si dans leur pays d'origine il·elle·s peuvent ou non continuer le traitement. Si ce n'est pas le cas, conformément aux directives fédérales appliquées par le SEM, ces ACT soutiennent les personnes pour s'assurer qu'elles puissent avoir un nouveau permis de séjour. Mais ce soutien n'est pas systématique, il dépend de la volonté de chaque ACT et de ses possibilités.

Nous avons relativement beaucoup à faire avec des personnes qui sont en détention dans l'attente d'une expulsion ou qui ont une décision négative et à qui on nous demande de faire des déclarations au sujet de leur état de santé. [...] on essaye de justifier que la prise en charge du VIH dans le pays d'origine est moins bonne [...] Et quand c'est alors clair qu'on peut plus rien faire, il faut alors voir là-bas avec les avocats, s'ils pourraient encore écrire quelque chose. Eh bien, ceux d'entre nous, disons voir ceux qui ont une volonté politique de faire cela, ce ne sont pas tous mes collègues, de regarder avec les avocats s'ils ont encore besoin d'une lettre qui pourrait les aider. (ACT, traduit de l'allemand)

Approche basée sur les vulnérabilités

Parmi les structures qui composent le vaste paysage institutionnel que nous avons exploré, plusieurs institutions adoptent une approche qui fait référence aux « **populations vulnérables** » privilégié dans le cadre posé par l'OFSP (2016a). Elles fondent leurs stratégies interventionnistes sur les notions de « facteurs de vulnérabilité » et de « réductions des risques » telles qu'elles sont définies par l'OFSP :

Nous avons aussi la même vision ou bien la même pensée que l'Office fédéral de la santé publique ou la stratégie nationale. Être vulnérable ça veut dire, que ce soit à cause de la situation financière d'une personne, que ce soit à cause du titre de séjour d'une personne, religion... alors différentes choses sociales. Par exemple, intra-communautaire, si une personne a été stigmatisée, si elle va à un centre de tests et qu'elle se fait tester, ça joue aussi un énorme rôle. Alors elle est vulnérable parce que la communauté stigmatise quelqu'un qui se rend dans un centre de tests ou qui est séropositif. Ça veut dire, en comparaison aux autres communautés ou avec l'autre partie de la population, elle est vulnérable et a besoin de soutien. (ACT, traduit de l'allemand)

Comme cet ACT le relève, plusieurs « facteurs de vulnérabilité » peuvent rendre les personnes vulnérables, tels que leur situation financière, leur statut légal en Suisse ou leur religion. Même la fréquentation de structures médicales ou associatives portant le nom du sida peut contribuer à augmenter leur vulnérabilité. En effet, la stigmatisation du VIH/sida dans certaines communautés ethniques a pour conséquence que les personnes qui fréquentent ces structures s'exposent au risque d'être marginalisées par les membres de leur communauté. Une « vulnérabilité par désignation » (Bresson, 2013) viendrait donc rendre leur situation plus difficile sur le plan social.

Approche centrée sur la personne

Cette approche consiste à **aller à la rencontre des personnes** et chercher à comprendre où elles en sont avec leurs expériences, idées, représentations plutôt que de leur imposer dès le départ des informations et discussions sur la sexualité et la santé sexuelle. Selon les interviewé·e·s qui ont évoqué cette démarche, cela pourrait être perçu comme trop choquant eu égard au profil de leur public cible. Dans cette logique, seulement une fois ces informations clarifiées, les ACT peuvent proposer un suivi adapté. À ce propos, pour qualifier le statut de la relation entre l'intervenant·e et la personne dans une démarche centrée sur celle-ci, une interviewée parle de « *partenariat* » par opposition à une approche paternaliste :

Mais j'ai vu que la manière la meilleure qui puisse exister est de se laisser aussi la possibilité de savoir qu'est-ce que la personne elle en pense, du sujet. Moi, c'est quelque chose qui me parle. C'est vraiment de se dire 'qu'est-ce que la personne, ok, il vient ici, mais qu'est-ce que lui, il a ? Il pense quoi ?'. Et puis à partir de là, je peux adapter mon discours, mon acte, je peux adapter tout, parce que je sais où il en est. Et c'est la meilleure chose à faire : le prendre comme un partenaire. C'est pas parce qu'il est migrant qu'il sait pas ce qu'il lui faut. C'est un échange, un partenariat. (ACT)

Approche basée sur le travail de proximité

Pour de nombreux·euses répondant·e·s le travail de proximité « **hors murs** » constitue une approche sur laquelle baser leur pratique professionnelle²⁰. Il s'agit d'« **aller vers les personnes** » pour les atteindre là où elles sont (magasins ethniques, salons de coiffure, agences de transfert d'argent, etc.), afin de réduire le risque de les « *perdre* » une fois qu'on les a atteintes. Cette démarche permet de proposer sur place les différentes offres (conseil, test, distribution de préservatifs, etc.).

Généralement opérationnalisé dans le cadre d'interventions effectuées dans ces endroits stratégiques, le travail de proximité est aussi appliqué par plusieurs ACT lors d'évènements festifs, pouvant se dérouler dans le cadre d'actions collectives et communautaires. Il peut s'agir de festivals de musiques ethniques, tournois de football intercommunautaires, concours de miss dédiées à la santé et bien d'autres genres d'évènements rassemblant des membres de catégories de personnes susceptibles de correspondre au profil du public cible des institutions concernées. Les ACT rencontré·e·s privilégiant ce contexte d'intervention insistent fortement sur l'importance de cet outil pour atteindre leur public cible et nouer des liens de confiance avec les personnes les moins accessibles et les plus isolées.

Notre groupe cible est tout simplement les Africains d'Afrique subsaharienne. Et parfois il arrive qu'on aille à différents endroits, par exemple dans un centre d'asile, cybercafé, salon de coiffure, c'est là-bas qu'on va chercher nos groupes cibles. [...] Notre objectif c'est simplement d'informer et de soutenir ces gens pour qu'ils connaissent leur statut, s'ils sont infectés par le VIH, quelles maladies ils ont. [...] Régulièrement, une fois par mois, on va visiter des magasins africains, on amène du matériel d'information, parfois nous leur mettons même des préservatifs à disposition, même si parfois ils se gênent. (ACT, traduit de l'allemand)

²⁰ Il existe également différentes catégories de travail de proximité, comme le travail de rue, le travail de milieu et l'outreach (Fontaine, 2014).

Une interviewée évoque l'enjeu méthodologique essentiel que constitue l'accès au terrain pour le travail de proximité. Elle souligne l'intérêt de travailler avec des **gate keepers** pour faciliter l'accès à certaines communautés, ce qu'elle exprime à travers l'expression « *travailler avec un système pyramidal* ».

Nous travaillons avec un système pyramidal. Nous essayons de sensibiliser une personne qui est notre gate keeper. Et nous en sommes arrivés au point maintenant, après tant d'années, nous avons sensibilisé les gens par exemple du salon de coiffure, de l'institut de beauté, de l'agence de transfert d'argent, des magasins africains, donc ces gens sont des ouvreurs de porte pour nous. La plupart du temps, on sensibilise une personne, alors on sait, cette personne va transmettre l'information plus loin. Par exemple, je vais dans un salon de coiffure, alors je croise une dame, qui mène ici une vie tout à fait normale et puis me dit 'tu sais que tu as aussi une sœur là-bas qui a besoin de cette information'. C'est comme ça qu'on arrive dans un endroit où de jeunes femmes doivent se prostituer pour avoir quelque chose à manger. (ACT, traduit de l'allemand)

Un autre exemple du travail de proximité dans le **domaine du travail du sexe** se décline en **visites « indoor »** qui ont lieu dans les salons de massages et **visites « outdoor »** (tournées) au cours desquelles les ACT vont à la rencontre des personnes travailleuses du sexe qui travaillent dans la rue.

C'est une fois par semaine, on sélectionne, ça dépend, 5-10 salons qu'on va faire, on sait déjà combien de temps ça va durer et on tourne. [...] on regarde un peu tout ce qu'il peut y avoir comme facteurs de risque, donc que ce soit la propreté, la clientèle, la consommation de drogues, comment ça se passe avec les gérantes, le nombre de travailleuses du sexe qui travaillent dans un même salon, parce que si tout d'un coup il y a deux chambres pour vingt femmes, ça va pas. (ACT)

Ce type d'intervention requiert des connaissances et compétences acquises par expérience au fil de la pratique professionnelle. Ces compétences sont difficiles à expliciter et débouchent souvent sur des actions qui ne sont pas prévues au départ lors de la mise en place des programmes d'intervention, puisqu'elles découlent des liens tissés et du travail opéré sur le terrain.

Pour atteindre plus facilement les **HSH issus de la migration**, une répondante pense qu'une pratique utile pourrait être celle de passer par des **applications de rencontre gay** (ex. Grindr). Cette pratique a déjà été testée dans d'autres pays.

Je pense que les moyens les plus efficaces c'est d'aller sur les applications de rencontre gay, comme Grindr, parce que là on a les gens qui sont à risque mais c'est assez difficile, ça coûte très cher. Je sais que dans certains pays ils ont testé ça, des contacts directs par les applications de rencontre et ça marche. Probablement que c'est un des meilleurs moyens d'y arriver, parce que là, on cible des gens qui ont une vie sexuelle, non exclusive à priori avec leur mari, parce qu'ils vont sur les réseaux de rencontre et puis donc qui devraient en théorie faire des dépistages. (ACT)

Enfin, dans les institutions où le travail de proximité reste **centré sur les PM d'origine subsaharienne**, plusieurs interviewé·e·s estiment qu'il serait important d'élargir le public cible à des **personnes en provenance d'autres pays**, comme l'Irak, l'Iran ou encore la Syrie et l'Afghanistan, puisque ces pays sont très représentés parmi les PM vivant en Suisse.

Approche communautaire et participative

Certains modèles d'intervention classiques utilisés en Suisse frôlent leurs limites dans leur objectif d'atteindre des **catégories de PM partageant des caractéristiques culturelles, religieuses (ou autres) communes** qui ont l'habitude de communiquer avec des **autres systèmes de pensée et communication**. À partir de là, certain-e-s répondant-e-s évoquent l'intérêt des approches communautaires.

Dans la citation qui suit, un interviewé actif dans le domaine du travail communautaire introduit la problématique du sujet, en se référant à ses mauvaises expériences lors de l'organisation d'une journée de sensibilisation portant sur le thème de la sexualité et de la santé sexuelle, en collaboration avec une antenne régionale de l'ASS :

Il faut communiquer à un niveau tel qu'on soit sûr qu'on s'est fait comprendre, que le message est vraiment passé. D'abord, on définit ce qu'on veut exactement. Et puis comment on peut transmettre le message de manière claire et compréhensible par rapport aux Africains. D'abord qu'est-ce qui les intéresse. Quels sont leurs besoins à eux. Comment arriver à s'assurer qu'on n'est pas en train de répondre à notre besoin à nous les Suisses, entre guillemets, mais qu'on a vraiment rencontré le besoin de la population qu'on veut atteindre et qu'on se comprend. (ACT)

L'ACT souligne le caractère ethnocentré, et pouvant être considéré comme inadapté, de certaines prestations de services de sensibilisation qui ne sont pas adaptées à tous les publics.

Un autre interviewé qui se base sur le même constat fait l'éloge de ce qu'il désigne la « *culturally appropriated approach* ». Il s'agit d'une forme d'application de l'approche communautaire qui consiste à organiser des campagnes de sensibilisation (sexualité et santé sexuelle) sous couvert d'événements culturels festifs (tournoi de football, concours de miss dédiés à la santé). En procédant de la sorte, il parviendrait à rassembler des membres de communautés autour d'événements spécifiques et ainsi intéresser et sensibiliser des groupes de personnes qu'il aurait de la peine à atteindre autrement. La citation ci-dessous donne une idée assez concrète de l'application d'une telle approche :

Il y a cette culturally appropriate approach [...] Nous organisons des événements. Par exemple, nous organisons un tournoi de football une fois par an. L'année passée nous avions 12 équipes de communautés différentes, donc d'Afrique, d'Amérique du Sud, d'Asie, d'Afghanistan [...] et ça, ça fonctionne. Ceux qui parlent avec un expert sont nombreux et puis après le tournoi, il faut aussi l'observer, donc ils viennent aussi vers nous. Ils obtiennent par exemple la carte de visite et alors ils demandent 'est-ce qu'on pourrait avoir chez vous un entretien individuel avec consultation ?'. (ACT, traduit de l'allemand)

Plusieurs personnes soulignent les avantages de l'approche communautaire qui consiste à **faire participer**, à **impliquer les personnes concernées**. Cette approche est basée sur les principes de Denver (1983) qui se résument bien dans le slogan « rien pour nous sans nous », et les principes GIPA (Greater Involvement of People living with Aids), repris et complétés par la Déclaration communautaire de Paris (2017)²¹. Afin de

²¹ La Déclaration communautaire de Paris laide pour « l'implication des populations clés, vivant avec ou exposées au VIH, dans les processus de décision et de financement, relatifs à la recherche, aux traitements et aux soins, à la définition des politiques publiques et à leur mise en œuvre. Nous sommes des acteurs incontournables dans la compréhension des moteurs de l'épidémie dans chacune des populations concernées et de ses évolutions, pour atteindre les populations les plus affectées et proposer des réponses adaptées ».

<https://pariscommunitydeclaration.wordpress.com/the-paris-community-declaration/>

les déstigmatiser, il s'agit donc de « **faire avec** » les personnes concernées et pas « faire pour » elles. Dans cette perspective, celles-ci ne sont plus des personnes qu'on aide, mais des personnes qui apportent aussi leur savoir, leurs compétences, leurs ressources à l'institution et, partant, contribuent à son orientation.

Par exemple, dans le cas d'une antenne régionale de l'ASS, les membres de l'association sont impliqués tant au niveau stratégique (comité) qu'opérationnel (interventions, offres). Au niveau opérationnel, les PM avec lesquelles les collaborateurs·rice·s entrent en contact sont invitées à jouer le rôle de relais.

Et on leur dit aussi 'mais nous, nous avons besoin de vous aussi pour servir de relais, personne ne doit rester dans la clandestinité quand il est malade'. Donc on donne cette opportunité. 'Dites à vos amis, à vos connaissances, etc. Il faut aller à [nom d'un service] quand il y a pas de papiers. Le weekend, c'est l'hôpital'. (ACT)

Les bénéficiaires ne sont plus considérés ici comme des « usager·ère·s », mais des « **membres** » de l'association. Selon la répondante affiliée à cette institution, le fait de changer la terminologie avec laquelle on désigne classiquement les bénéficiaires permet de mettre au centre des interventions leur adhésion et participation active (même au sein du comité) :

C'est pas nous qui proposons. Ce sont ces personnes-là qui proposent. Ils disent 'mais je n'arrive plus à dormir, les médicaments...'. Donc, mes collègues organisent un atelier sur le sommeil. [...] C'est pas tous les membres qui sont là, mais il y a une partie des membres qui sont intéressés et qui proposent : 'nous pensons qu'on peut faire ça'. Et mes collègues qui sont dans le domaine organisent cela. Mais l'idée vient des membres, pas de nous. (ACT)

Sur le plan de sa mise en pratique, l'approche communautaire et participative vise moins une logique interventionniste fondée sur la protection que sur l'accompagnement. Sur le plan stratégique, elle revient à identifier les ressources dont disposent les personnes et à les valoriser en les impliquant dans les interventions. Par ailleurs, une ACT interviewée préférerait qu'on pose la problématique en termes de ressources et d'empowerment, plutôt que de désavantages, et ce bien que l'approche basée sur les vulnérabilités soit utilisée couramment dans son contexte de travail. Le terme d'empowerment correspondrait mieux à la réalité observée. C'est notamment le cas des jeunes MNA dont elle s'occupe, qui, au fur et à mesure de leur séjour dans le pays d'accueil, acquièrent des connaissances, des ressources et des stratégies qui réduisent justement leur vulnérabilité (langue, formation, connaissances du système de santé, « *compréhension de la société suisse* », etc.).

Quand un jeune vient d'arriver, évidemment qu'il est dans une position vulnérable : il ne parle pas la langue, la plupart du temps ; il sait pas le système de santé ; il sait pas comment se défendre. Il est psychologiquement fragile. Donc, là c'est une période. Mais un jeune MNA qui vient de vivre ici deux ans, c'est long ce temps, il commence à acquérir les stratégies, les capacités incroyables de pouvoir, et de compréhension de la société suisse. Petit à petit, ces jeunes comprennent comment ça fonctionne et ils commencent à s'épanouir. (ACT)

L'approche par les difficultés, manques ou vulnérabilités est une approche qui est parfois considérée comme « *négative* » et pourrait être remplacée par une approche « *plus positive* » comme celle de l'empowerment.

Pour moi, la vulnérabilité, c'est quelque chose de transitoire. C'est vrai que j'ai peur quand on situe une personne dans une vulnérabilité, c'est comme si on l'enfermait dedans et qu'elle va pas bouger, alors que non. Donc le but, c'est de traverser ça. On a tous été un jour ou

l'autre vulnérable. Donc c'est, pour moi, quand on parle d'empowerment, on doit pousser la personne. Alors que si on se dit qu'elle est vulnérable, j'ai peur qu'on la laisse dedans. (ACT)

6.2.2 Les principes

Indépendamment des approches privilégiées, les principes d'intervention suivants sont partagés – plus ou moins largement – par la majorité des ACT :

- la confiance ;
- le respect et le non-jugement ;
- l'anonymat et la confidentialité ;
- l'agentivité.

Confiance

Indifféremment des cadres institutionnels au sein desquels il-elle-s œuvrent, la grande majorité des ACT estiment que la confiance est fondamentale pour mener à bien des interventions. Tout le monde s'accorde sur le fait que le défi principal de leur intervention repose sur l'élaboration d'un **climat de confiance** auprès de leur public cible. Il-elle-s sont aussi d'avis que la création d'un lien de confiance est une condition *sine qua non* pour la mise en œuvre et la réussite de toute intervention et que l'écoute en constitue une dimension primordiale. Le terme de confiance revient également avec récurrence dans les interviews avec les PM, que ce soit en contexte de prévention primaire ou secondaire. Les personnes qui fréquentent les **antennes régionales de l'ASS** décrivent ces lieux comme un « *chez soi* », une « *famille* », où elles se sentent en confiance et acceptées pour ce qu'elles sont. Cette dimension est particulièrement appréciée par les personnes vivant avec le VIH et celles qui s'identifient à des minorités sexuelles. Par ailleurs, toutes les personnes qui fréquentent ces institutions décrivent les relations qui les lient aux intervenant-e-s comme des relations très fortes. Elles se sentent très proches des intervenant-e-s (y compris des médecins auquel-le-s elles ont tendance à se référer avec leurs prénoms), une proximité qui se construit au fil des rencontres et qui perdure même en cas de déménagement dans un autre canton.

Les personnes qui fréquentent des **associations actives dans le travail du sexe** ou **autres structures médico-sociales destinées à ces femmes** mettent en avant les mêmes dimensions de proximité et de confiance à l'égard des intervenant-e-s.

Ici, c'est comme une famille, tu comprends ? Ils te portent dans leur cœur. Ils sont médecins, famille... ils veulent que toi tu te sens bien, que ta santé va bien. Ils cherchent à comprendre ce que tu as, ce que tu as pas... Ils sont comme une famille, tu te sens comme à la maison. C'est ça. Ce lieu est comme une maison, tu comprends ? Tu y vas et on s'occupe de toi. Si tu as mal, ils regardent tout de suite ce que tu as, ils t'aident. Ils te donnent aussi tout de suite des médicaments, si tu ne te sens pas bien. Moi, ici, je me sens comme à la maison... (PM)

En **milieu hospitalier**, selon les expériences vécues et les points de vue partagés par les PM interviewées, la création du lien de confiance avec le personnel soignant est plus difficile. Cela découle de l'absence de continuité dans le suivi, des tournus des médecins et infirmier-ère-s, alors même que la dimension relationnelle des soins est considérée comme très importante par de nombreuses PM rencontrées, notamment lorsque les soins touchent à l'intimité. La relation avec le personnel médical qui opère dans ce contexte est décrite comme plus distante que celle avec le personnel soignant présent dans les antennes régionales de l'ASS.

Tous les 6 mois, ils ont toujours changé de médecin. Il y a toujours des médecins différents. Et le médecin qui arrive ne comprend pas, par exemple, justement avec le problème de santé sexuelle... bien sûr, ils regardent dans le dossier, mais pour eux toi tu es un dossier, pas une personne. (PM)

Une personne s'identifiant comme queer nous confie s'être sentie moins comprise que dans l'antenne régionale de l'ASS qu'elle a commencé à fréquenter par la suite. Elle estime que les médecins exerçant en milieu hospitalier ont des représentations normées sur la sexualité (pratiques normales versus pratiques pathologiques) et se sent davantage jugé-e sur ses pratiques sexuelles par ces professionnel-le-s. Par conséquent, elle ne se sent pas en confiance pour leur en parler :

À l'hôpital, ils sont pas très sensibilisés aux personnes LGBTQ et moi je peux pas raconter... mais je vais à [antenne régionale de l'ASS] et je raconte tous mes complexes. Par exemple, je dis que je peux pas contrôler ma relation de sexe, parfois si je prends pas la PrEP et je sais que j'ai pas pris la PrEP et je fais la relation sexuelle sans préservatif... c'est un peu compliqué. Et là je peux raconter, je me sens pas jugé, mais je ne peux pas raconter dans l'hôpital. [...] en fait, les personnes qui travaillent là-bas ne me comprennent pas. Elles me disent que c'est pas normal. Ok, elles sont là-bas pour les maladies sexuelles, mais elles sont pas spécialisées sur le sujet des identités et orientations sexuelles, sur les personnes LGBTQ. (PM)

Respect et non-jugement

Tou-te-s les ACT estiment fondamental de se montrer ouvert-e-s, respectueux-euses et à l'aise au sujet des questions qui touchent à la sexualité.

Mais je pense, et c'est important, que ce soit le professionnel qui nomme les choses d'abord, qu'il puisse parler par exemple de rapport anal, de pratiques à risque, enfin de pratiques à risque c'est un jargon. Je veux dire quand je dis pratique à risque voilà 'est-ce que vous avez eu des rapports sexuels sans préservatif, etc.'. De commencer à nommer des choses. Pareil pour les rapports homosexuels. De manière, voilà, sans tabou, normale, mais respectueuse. Et moi j'ai rarement rencontré des problèmes en faisant comme ça. (ACT)

Une attitude de non-jugement **par rapport aux pratiques sexuelles** et aux **éventuelles prises de risque** est fondamentale. Si la tendance est de vouloir désigner les pratiques sexuelles avec des termes précis, afin de transmettre une information ciblée, il s'agit de respecter ce que les personnes ne souhaitent pas dire. Une interviewée estime que l'écoute et le respect de la limite des un-e-s et des autres est plus important que les caractéristiques des professionnel-le-s comme celle d'être homme ou femme face à un homme ou une femme : « *Moi ce que j'ai vu avec les années, j'ai vraiment l'impression que ce qui compte le plus c'est pas tant qu'on soit homme ou femme, c'est l'ouverture qu'on peut avoir. Le fait simplement qu'on juge pas la personne* ».

Une interviewée issue de la migration estime que cela est plus important que la couleur de la peau quand on travaille avec les personnes issues de la migration africaine : « *L'aisance avec laquelle nous on parle du sujet ça fait que les gens ne voient plus notre couleur de peau. Je crois que les gens ne voient plus notre couleur de peau. Mais ils entendent le message. La façon dont on l'aborde avec facilité, avec aisance* ».

Anonymat et confidentialité

Bien que l'**anonymat** et la **confidentialité** ne soient pas respectés de façon systématique dans toutes les structures, beaucoup d'ACT insistent pourtant sur l'importance de la mise en œuvre de ce principe à toutes les étapes de la prise en charge.

Nous on peut vraiment faire des consultations complètement anonymes, ce qui n'est peut-être pas le cas dans d'autres structures. Par exemple, je sais que, sauf erreur, à la consultation de [hôpital], pour prendre le rendez-vous il faut... c'est nominatif. Mais disons que nous on peut vraiment faire l'intégralité de la prise en charge complètement anonyme sans aucune coordonnée. (ACT)

La garantie de l'anonymat et de la confidentialité est **au cœur du travail de la mise en confiance** et du maintien des liens avec les personnes qui viennent consulter. Elle représente souvent le premier thème que les ACT abordent avec elles. Les ACT qui travaillent dans des structures pour personnes sans-papiers relèvent l'importance cruciale que le respect de l'anonymat joue dans ce contexte, pour que ces personnes se sentent en sécurité : « *Les gens qui viennent ici ont peur de venir ici, c'est quand même toujours cette peur, en arrière-plan, de... est-ce qu'on va les dénoncer, s'il n'y a pas de police ici sur le trottoir qui les attend. Ici on ne demande jamais d'adresse* ».

Ces ACT estiment que la peur des personnes sans-papiers d'être dénoncées et expulsées de la Suisse peut les amener à renoncer aux soins.

On a eu des cas où on a dû envoyer des gens à l'hôpital, on a appelé le taxi, ils arrivent à l'hôpital et après ils filent... ils ont peur qu'à l'hôpital on commence à leur demander qu'est-ce que vous faites ici. On a eu ça. Maintenant on le sait, alors on les accompagne. Il y a toujours cet arrière-fond, est-ce qu'on va nous attraper... la crainte de l'expulsion. (ACT)

Les PM qui disent avoir déjà effectué des tests de dépistage du VIH/IST, indépendamment du contexte institutionnel dans lequel cela a été fait, accordent beaucoup d'importance à l'**anonymat**, condition de prise en charge qui devient même **fondamentale pour les personnes sans-papiers**.

Oui, je n'avais pas 100% de confiance [d'aller à l'hôpital], mais la personne m'a dit que les gens engagés tu peux faire confiance... Tu appelles pour prendre rendez-vous et après ils suppriment ton numéro. C'est anonyme, les gens sont cool, ils font ça depuis longtemps, c'est leur travail. Alors après j'ai appelé... En fait j'ai appelé depuis un autre numéro, ce n'était pas le mien... J'ai fait rendez-vous, je suis allé. Ils étaient super gentils, ils ont sorti une seringue et ont fait une prise de sang. Après ils m'ont envoyé un message et je suis retourné. (PM)

Mais si certaines institutions placent la notion d'anonymat au cœur de leurs préoccupations, elle ne peut pas toujours être garantie sur le plan pratique. Une interviewée évoque, par exemple, le cas de PM gênées qui craignent de se déplacer physiquement dans un centre de dépistage pour se faire tester parce qu'elles redoutent d'être **repérées** par une connaissance au moment d'**entrer dans l'établissement**. Par ailleurs, cette même interviewée questionne le fait que les antennes régionales de l'ASS portent encore **le nom « sida »**.

J'ai aussi déjà eu des gens qui sont venus à l'antenne sida avec une perruque, parce qu'ils avaient peur que quelqu'un les voie [...] je pense toujours le problème c'est qu'ils ont encore le nom 'antenne sida'. Je pense que ça devrait s'appeler autrement. [...] Parce que c'est une telle peur, toujours dans de nombreuses régions des pays africains, donc nous le remarquons très clairement. (ACT, traduit de l'allemand)

Agentivité

Le soutien au développement du **pouvoir d'agir** des personnes est un principe mobilisé, notamment par les ACT qui valorisent l'approche communautaire et participative. Cela consiste à considérer les **personnes comme des acteur-ric-e-s** plutôt que des victimes et implique donc de travailler avec les ressources dont celles-ci disposent, afin de les accompagner pour qu'elles puissent accéder à une plus grande possibilité d'agir sur ce qui est important pour elles-mêmes.

L'actualisation de ce principe déontologique est décrite comme un long travail de mise en confiance, sensibilisation et conscientisation critique, comme l'évoque ci-dessous une répondante au sujet des interventions qu'elle mène notamment auprès des femmes :

Alors ça, c'est un point de souvent leur dire 'attendez, mais avec tout ce que vous avez traversé, vous êtes venue'... des fois je dis 'j'ose même pas imaginer toutes les situations que vous avez vécues. Donc, vous avez dû aussi vous défendre dans ces situations'. Ça, ça peut être aussi pour des femmes au niveau de l'empowerment, de dire : 'mais vous avez réussi à survivre à ci, à ça. Donc, vous avez des forces qui sont là, vous avez de quoi vous respecter avec tout ça [...]. Et ça peut être une stratégie, vis-à-vis d'un homme, de pouvoir imposer... de dire 'mais vous, tout ce que vous avez fait jusqu'à maintenant, vous avez pu vous maintenir en bonne santé. (ACT)

Dans cette citation, la promotion de l'empowerment est thématisée en particulier par la quête du respect, la reconnaissance de capacités, la revendication de droits, le consentement et le pouvoir de sortir de situations contraignantes.

6.2.3 Les outils d'intervention

Les outils d'intervention concrets sont nombreux et les descriptions faites jusqu'ici en ont déjà fait état. Nous nous arrêtons ici sur deux types d'outils sur lesquels ont mis l'accent les ACT rencontré-e-s : les **entretiens** et l'**interprétariat communautaire**.

Les entretiens individuels, de couple et collectifs

L'entretien constitue un outil de travail à la base des pratiques professionnelles de la plupart de nos interlocuteur-ric-e-s. Divers types d'entretiens sont évoqués par ces dernier-ère-s : l'entretien individuel, l'entretien de couple et l'entretien collectif.

Le recours aux **entretiens individuels** s'impose en particulier dans des situations délicates mettant en jeu des personnes exposées à des risques importants tels ceux auxquels doivent faire face des personnes sans-papiers : « *Réunir des gens sans-papiers c'est difficile, c'est difficile... parce qu'il y a toujours un peu cette crainte que d'autres sachent...* ».

Il en va de même pour les personnes victimes de violences :

On a eu quelques situations de jeunes [origine] partenariés en Suisse, HIV infectés, avant ou après le partenariat. [...] Et puis souvent y a l'autre, le partenaire, qui est là dans la consultation donc c'est extrêmement difficile de pouvoir parler seuls. Moi, j'essaie toujours de m'arranger pour pouvoir, de temps en temps, les voir seuls, quand il y a des gros risques de rapport de force ou d'emprise. Et puis lui il m'avait parlé de situations, de certains types

de rapports sexuels qu'il aimait pas trop avoir, mais qu'il avait quand même eus pour faire plaisir à l'autre. (ACT)

Dans certains cas, des **entretiens de couple** ont lieu en alternance avec des entretiens individuels :

En fait, quand je vois les partenaires, je les vois toujours un moment ensemble pour donner des informations aux deux. Et puis après, j'essaie toujours de les voir par exemple quand je rends le résultat je les vois seuls. Ou de faire un petit moment seule avec eux pour voilà, poser des questions à chacun. (ACT)

Plusieurs ACT font référence à l'importance de mener des **entretiens collectifs** dans leur pratique, en mentionnant par exemple le cas des réunions de groupe, notamment en milieu scolaire, mais également dans les foyers pour personnes requérantes d'asile, auprès d'adultes et de MNA, dans le travail du sexe (informations de base) et dans des associations pour PM (ex. entretiens collectifs avec des femmes).

Il y a des journées santé au niveau secondaire, en dernière année obligatoire, et là ils proposent en fait différents ateliers. C'est des petits groupes qui sont envoyés dans les différents services, dont le nôtre, le service des addictions, etc. Trois matinées par semaine on a un petit groupe de jeunes, entre 3 et 8, qui sont là pour 1 ou 2 heures d'atelier. Ils viennent là, pour voir un peu qui on est, qu'est-ce qu'on propose comme prestations et puis pour parler aussi souvent de choses qui les préoccupent à un moment donné. Ça peut être différent selon le groupe qu'on a, s'ils se connaissent ou pas... et puis on va parler de la mise en place du préservatif ou bien des premières relations sexuelles. On parle aussi des IST. (ACT)

Différents sujets sont abordés dans ces groupes, par exemple dans les foyers pour personnes relevant de l'asile, celles-ci discutent des rapports de genre, des rapports de couple, du consentement, etc. Il s'avère que les expériences de groupe positives évoquées par les ACT rencontré-e-s libèrent la parole.

Certains groupes rassemblent des hommes et des femmes, alors que dans d'autres groupes hommes et femmes sont pris séparément, en raison de la gêne des un-e-s et des autres à parler de sujets intimes en présence de personnes de l'autre sexe. Pour garantir un maximum d'efficacité, l'animation d'entretiens collectifs requière de prendre en compte les **caractéristiques sociales** des participant-e-s et de **l'animateur·rice** (âge, sexe, origine, etc.).

On travaille en tandem en fait avec un homme, un collègue. On a fait exprès pour que les garçons puissent voir en fait un homme et les filles une femme. Donc moi je m'occupe de la partie féminine de la chose, c'est beaucoup plus simple pour elles, pour qu'elles puissent s'exprimer. On vient d'un pays où on ne parle pas de ça et tout d'un coup on se retrouve où on en parle... Je leur dis, si vous avez des questions, si vous avez des choses à dire, on va reprendre. Sinon les filles, elles baissent la tête et elles ne parlent pas. C'est pour ça que je leur propose de les prendre à part. (ACT)

Une interviewée qui intervient dans les écoles explique les raisons pour lesquelles elle préfère séparer les filles et les garçons :

Les garçons ils ont toujours la prise de parole facile, ils ne se gênent jamais comme les filles [...] S'il y a une question, ils la posent, s'ils ont quelque chose à dire, ils le disent. On voit qu'ils s'éclatent, ils disent ce qu'ils regardent : 'les fesses, des femmes bien bombées, Madame... on aime !'. Les filles, quand il y a les garçons qui parlent, elles n'osent rien dire, raison pour laquelle moi je suis pour la séparation. Et les filles me disent merci, également. J'ai des collègues [...] qui travaillent les filles-garçons mélangés. C'est leur vision. Ma vision est

complètement différente et puis je trouve que les filles elles retrouvent la parole quand elles sont séparées. (ACT)

Dans le cas des entretiens collectifs, un interviewé évoque l'efficacité de l'application de cette méthode dans le groupe d'entraide qu'il anime et qui rassemble des personnes vivant avec le VIH :

Nous avons aussi un 'Groupe plus', c'est un groupe d'entraide, ce sont des groupes positifs qui se réunissent 5 à 7 fois par an ici chez nous. J'organise la rencontre et parfois je suis là aussi, juste pour l'administratif. Et alors, quand ils veulent encore des informations, des infos médicales ou n'importe quelle connaissance qui touche aux connaissances spécialisées, je viens et je les rencontre ici. [...] ils parlent des médicaments, par exemple, comment sont-ils tolérés, ont-ils des problèmes, ont-ils des maux de tête... et puis avec les logements, par exemple, santé et logement, santé et emploi... (ACT, traduit de l'allemand)

L'usage de plusieurs types d'entretiens apparaît donc comme une pratique intéressante. Les entretiens individuels permettent de parler d'expériences personnelles, les entretiens collectifs de questionner les pratiques et les représentations. Les entretiens de couple permettent de transmettre des informations importantes aux deux personnes concernées en même temps.

Par-delà les types d'entretien utilisés, plusieurs ACT interviewé·e·s évoquent le **partage d'expériences analogiques** en situation d'entretien. Cela concerne notamment les ACT issu·e·s de la migration. Aux yeux de nos interlocuteur·rice·s, il s'agit d'une démarche très utile pour gagner la confiance des personnes et ouvrir la conversation, comme l'explique une interviewée arrivée en Suisse par la LAsi qui parle souvent de ses expériences passées de requérante d'asile avec les PM :

Des fois, je peux parler de ma situation à moi, comment je suis arrivée en Suisse, aussi comme requérante d'asile. Donc je peux leur parler comme ça, des choses inconnues, voir les gens qui s'embrassaient dans la rue, j'étais comme ça, les yeux ouverts. Mais aujourd'hui je me dis, voilà, ça fait partie de la vie, de certaines libertés, d'un certain épanouissement de sa vie de femme ou d'homme. Alors c'est vrai que la plupart du temps, ça, ça permet qu'il y ait une ouverture. (ACT)

Une intervenante dans le domaine de l'asile LGBTQI+ met en lumière les aspects positifs du fait que dans son équipe il y ait une collaboratrice qui était elle-même en procédure d'asile. Elle confirme les avantages de la valorisation d'expériences communes dans le cadre d'interventions :

Pour les personnes c'était beaucoup plus facile de rentrer en contact avec cette personne-là, elle-même réfugiée, requérante d'asile [...] je pense que c'est une question d'arriver à s'identifier à l'autre directement, alors que moi je reste une personne occidentale, socialisée ici, avec mes propres codes de langage, de comportement, je suis blanche, j'ai pas un parcours migratoire, j'ai aussi le visage de toutes les personnes qui représentent un éventuel danger dans le cadre de la procédure d'asile. [...] Enfin, c'était souvent plus facile pour les personnes de communiquer avec elle, parce qu'il y avait le partage d'une expérience commune, la migration, et aussi le partage de tous les stigmas qu'on vit dans un parcours migratoire, de pouvoir partager avec l'autre des violences qu'on a vécues, qu'à moi on peut me les raconter, mais la personne ne sentira pas le même retour émotionnel. (ACT)

Enfin, reste à noter que plusieurs entretiens sont souvent nécessaires pour instaurer un climat de confiance avec les PM, notamment avant de pouvoir ouvrir le dialogue sur des sujets intimes, dont fait partie le VIH/IST.

Il faut une rencontre, deux, trois, puis à partir de la quatrième, on essaie d'expliquer à la personne pourquoi on est là, en fait. La première fois, on est un peu vulnérable, la deuxième fois, on essaie de sortir un peu de ce concept. La troisième fois, la confiance est déjà plus ou moins là, parce que ce sont des étapes. Et puis la quatrième fois, on parle de son travail et on en est vraiment très fier et enthousiaste à ce sujet. (ACT, traduit de l'allemand)

L'interprétariat communautaire

Une des pierres angulaires de l'intervention auprès des PM est l'interprétariat. La nécessité de parler une langue commune pour communiquer avec ces personnes est mise en avant par tou-te-s les ACT. À cet effet, le rôle des **interprètes** est crucial.

Si j'ai pas d'interprète je peux pas faire de counseling, je peux pas faire de test. C'est important que la personne comprenne [...] Et pour notre questionnaire c'est important qu'on connaisse bien la personne. Si la personne dit 'j'ai eu un rapport non protégé il y a 2 jours', on peut l'orienter vers l'hôpital pour une PEP. Si la personne ne comprend pas, on ne peut pas avoir ces informations. (ACT)

Les interprètes sont perçu-e-s comme des « **facilitateur-ric-e-s** », surtout quand il faut parler de sexualité avec les personnes plus réservées : « *Certaines femmes très réservées sur des questions de sexualité, qui oseraient pas aborder, ça peut être facilitateur d'avoir quelqu'un comme un médiateur qui peut faire le lien si on sent que c'est problématique* ».

Lorsque les interventions portent sur des sujets intimes et sensibles, auprès de personnes qui n'ont pas été socialisées à parler de sexualité, et qu'elles sont menées dans le cadre de relations profondément asymétriques (en termes d'éducation, de milieu social d'appartenance, mais aussi de statut juridique), assurer une bonne compréhension représente un défi de taille.

Mais le recours à des interprètes compétent-e-s dans les domaines très vastes qui peuvent toucher la problématique du VIH/IST ne va pas de soi. D'où la nécessité de mettre en place des mesures, pour que cet outil puisse répondre aux attentes des ACT. À cet effet, plusieurs interviewé-e-s soulignent l'importance de la **préparation** des interprètes à intervenir sur des sujets sensibles (sexualité, VIH/IST) auprès d'une population qui peut être confrontée à des situations de vulnérabilité importantes.

Au préalable, c'est mieux d'informer les interprètes sur le type de questions qui vont être posées. Il y a des interprètes qui sont pas à l'aise sur les questions de sexualité. C'est pas que c'est des mauvais interprètes, tout le monde n'est pas obligé de traduire ce type d'entretien. Donc, si on met en place un VCT spécifique sur ces questions-là, il faut le travailler au préalable avec les interprètes. (ACT)

Dans certains cas, la gêne ressentie par les interprètes face aux thématiques abordées peut être telle qu'il-elle-s refusent de traduire :

Si la personne qui demande l'asile arrive à dire, il arrive parfois que la personne interprète, elle, soit hyper mal à l'aise dans le fait de traduire. Et puis elle va être gênée, elle va chercher ses mots, elle hésite à nommer, elle va dire 'ah je sais pas si j'ai le droit de dire' ou 'je refuse, je peux pas'. [...] C'est des interdits [...] ouais une impossibilité de parler, par exemple, de sexe anal. On a vu ça aussi avec des questions de viols où des personnes racontent des viols et où c'est très difficile pour la personne qui interprète de raconter. Pareil pour la personne qui

raconte des relations sexuelles homosexuelles, parfois ça peut être impossible pour la personne de traduire. (ACT)

Cette gêne découle, entre autres, des représentations que les interprètes ont de la sexualité. Ces représentations, selon les expériences décrites par les ACT interviewé-e-s, interfèrent sur leurs interventions. Par exemple, une interprète qui situe la procréation dans le cadre du mariage s'étonne qu'un médecin lui dise de demander à une femme non mariée si elle a des enfants. Un autre interprète souhaite profiter de l'entretien qu'il est amené à traduire pour faire passer le message selon lequel les rapports anaux « *c'est pas bien* » :

Et puis j'avais expliqué que c'était important qu'on en parle, parce que certains hommes pensent que lors du rapport anal il y a pas de risques. C'est quand même une manière de parler, peut-être, d'un rapport homosexuel. Peut-être que la personne n'a pas envie d'en parler là, mais elle entend quand même qu'un rapport anal peut être dangereux et puis il m'avait dit : 'ah oui, justement, on devrait peut-être profiter de vos entretiens pour dire qu'il faut pas avoir un rapport anal, que c'est pas bien'. (ACT)

D'où l'importance, pour plusieurs répondant-e-s, que les interprètes suivent une **formation sur le VIH/IST, la santé sexuelle et la sexualité**, y compris sur les orientations sexuelles et identités de genre minoritaires. Cette formation devrait également permettre aux interprètes de partager leurs ressentis et représentations :

Les outils qu'on va leur donner à travers ces formations, ce sont des outils qui vont leur permettre de faire leur travail de manière plus professionnelle. Parfois on fait des exercices [...] le fait que chacun puisse dire aussi 'je suis gêné, je ne sais pas si on dit transsexuel, ou transgenre, je sais pas quel terme utiliser' et qu'il y ait un espace une fois pour que ces interrogations-là, ces hésitations-là, ces malaises-là puissent être exprimés et qu'on puisse ensuite travailler [...] Enfin, donner des espaces bienveillants où ces sentiments de gêne ou de tabou, qui sont souvent là, puissent être un peu mis de côté ou annulés. (ACT)

La formation pourrait aussi servir de tremplin pour créer des groupes de travail, sur la base de la langue d'interprétation. Cela permettrait aux interprètes d'échanger sur les termes qu'il-elle-s connaissent dans le domaine de la sexualité :

Sur la question des interprètes, c'est important de réunir, de faire aussi des groupes avec les interprètes d'une même langue, parce qu'ils n'ont pas tous le même langage, c'est-à-dire que certains n'ont pas appris les mêmes termes au niveau de la sexualité et puis de pouvoir entendre 'ah, tiens, on peut utiliser ce terme-là'. C'est vrai que le terme vagin, je me souviens d'un interprète qui disait que ça n'existait pas en tigrinya, alors que d'autres avaient des termes... (ACT)

Sans remettre en question l'importance de la formation, une interprète interviewée souligne aussi que « *le meilleur formateur c'est le terrain* ». L'**expérience** des interprètes paraît donc tout aussi importante que leur préparation et leur formation.

Enfin, l'outil de l'interprétariat communautaire nécessite une réflexion au sujet du **genre** et de l'**origine ethnique** des interprètes. Plusieurs ACT interviewé-e-s ont décrit des situations vécues dans lesquelles des hommes migrants refusaient de parler de sexualité en face d'une interprète femme ou de parler de rapports sexuels entre hommes face à un interprète homme.

On avait un jeune homme qui ne voulait pas avoir un interprète homme, enfin qui osait pas devant l'interprète homme dire qu'il est en questionnement sur l'identité. Il avait une amie transsexuelle, il était dans ce milieu et il n'arrivait pas à se protéger, il prenait beaucoup de risques. Une fois on a voulu l'envoyer à la consultation VIH pour avoir une consultation PrEP. Moi j'avais tout organisé avec l'interprète et puis du coup il est pas allé au rendez-vous [...] Puis après on s'est rendu compte que c'était à cause de l'interprète. (ACT)

Quant à l'origine ethnique des interprètes, la même appartenance communautaire peut mettre mal à l'aise les PM en situation de consultation/entretien. Comme celles-ci craignent la divulgation des informations partagées dans leurs communautés d'origine, le cadre de la confidentialité doit être sans cesse rappelé et les PM doivent être rassurées sur ce point.

Notre communauté rejette mais d'une manière incroyable ces personnes séropositives, et une fois on m'a appelée de l'infectiologie, et ils m'ont dit 'il y a une personne séropositive etc.'. J'ai dit 'écoutez, moi je connais ma communauté, demandez à la dame si elle souhaite avec un interprète'. [...] Ils ont peur qu'on raconte leur maladie... Une fois, on m'a appelée et la dame elle s'est effondrée carrément devant mes yeux, de dire que si une personne de la communauté sait ce que j'ai, je suis mal barrée... (ACT)

6.3 Collaborations

Dans l'ensemble, les **collaborations** sont **perçues comme bonnes, très bonnes, voire excellentes** par les ACT rencontré·e·s. Les types de collaboration évoqués relèvent de trois types : les collaborations intra-institutionnelles entre collègues travaillant au sein de la même institution de rattachement (pour le même service ou non), les collaborations inter-institutionnelles entre collègues affilié·e·s à des institutions différentes et les collaborations avec des bénévoles.

6.3.1 Les collaborations intra-institutionnelles

Les collaborations intra-institutionnelles ont surtout été thématiques par les ACT travaillant dans des grandes structures cantonales compétentes dans le domaine la santé sexuelle. Ces structures concentrent des offres variées pour des personnes de tout âge et horizon (cours de prévention, campagnes informatives, travail de proximité, dépistages, conseils juridiques, animations de groupes d'entraide, etc.), à l'image de certaines antennes régionales de l'ASS. Elles sont situées dans les plus grands cantons suisses, dans les villes les plus peuplées et concernées par les problématiques des migrations et VIH/IST.

Comparées aux structures plus petites, ces grandes structures sont plus indépendantes sur le plan institutionnel et bénéficient de capacités importantes (financières, infrastructurelles, humaines). Les plus grandes d'entre elles, proposent une gamme de services très étendue (médicaux, psychologiques, sociaux et juridiques notamment) et rassemblent des expert·e·s spécialisé·e·s dans une multitude de domaines en lien avec la problématique de la santé publique, de la sexualité, du VIH/IST, de la migration et parfois même des sans-papiers (médecins, infirmier·ère·s, aides soignant·s, conseiller·ère·s en santé sexuelle, secrétaires, juristes, médiateur·rice·s, interprètes, travailleur·euse·s sociaux·ales, etc.).

Selon un acteur affilié à une grande structure du genre et œuvrant au sein d'un service spécialisé dans le domaine du VIH/IST et de la migration, le fait d'être en mesure de proposer une **variété d'offres au sein de la même institution** présente l'avantage de faciliter la création de liens de confiance avec les PM. Celle-

ci est une condition *sine qua non* pour garantir une certaine qualité de suivi et plus généralement la crédibilité de l'institution prestataire :

Ici, il y a beaucoup d'experts, ils sont aussi séparés. La prévention et la migration sont un département, l'éducation sexuelle est séparée. Les consultations pour les personnes LGBT sont également séparées. Il y a aussi pour les travailleuses du sexe, le conseil social... donc il y a beaucoup d'experts dans différents domaines. [...] il y a aussi un centre de dépistage. Ça veut dire, quelqu'un qui vient chez nous pour une consultation, par exemple quand il ou elle veut faire un test de dépistage, il ou elle peut se faire tester, donc il y a différentes possibilités de dépistage, donc la syphilis, VIH, hépatite, etc. Parce que si les résultats du test de dépistage sont positifs, il ou elle peut continuer à être traité-e. De A à Z, il y a donc ces offres chez nous. (ACT, traduit de l'allemand)

6.3.2 Les collaborations inter-institutionnelles

La majorité des ACT rencontré-e-s ayant thématiqué les types de collaboration inter-institutionnelles insiste sur l'**importance des réseaux de partenariat** dans leur travail. Ces collaborations sont perçues comme vitales, notamment pour les plus petites structures dont les moyens sont relativement limités.

La collaboration entre institutions partenaires remplissent diverses fonctions. Parmi celles évoquées par les ACT interviewé-e-s, nous en relevons deux principales :

- Combler les limites des services et offres proposées par une institution spécialisée dans un domaine spécifique, mais pas dans un autre ;
- Pallier les limites des capacités d'intervention d'une institution dépassée par la demande.

Dans certains cas, les liens de collaboration entre institutions existent depuis longtemps. Si, dans l'ensemble, les ACT perçoivent actuellement le travail de collaboration avec des institutions partenaires de façon positive, il ne va pas de soi. En effet, certain-e-s interlocuteur-ric-e-s évoquent des expériences passées de rapports concurrentiels avec des institutions :

Il y a aussi eu des moments, dans le développement de la scène, où certaines ONG étaient plutôt en concurrence les unes avec les autres. J'ai remarqué que depuis 4-5 dernières années, il y a plutôt un consensus sur le fait qu'on sait clairement qui couvre quoi et que nous nous soutenons mutuellement. [...] Même les anciennes institutions concurrentes se sont mises en réseau, dans le sens où les directions se rencontrent, discutent de la situation et comme ça. Je trouve que maintenant la situation est tout à fait saine. (ACT, traduit de l'allemand)

6.3.3 Les collaborations avec des bénévoles

Plusieurs ACT affilié-e-s à des institutions non publiques ont l'habitude de travailler avec des bénévoles. Cette option présente non seulement un intérêt économique, mais aussi pratique pour l'institution qui recrute. C'est notamment le cas lorsque celle-ci peut compter sur le soutien de personnes spécialisées et hautement qualifiées ayant déjà des expériences pratiques avec le public cible concerné par leur mission. Comme le laisse entendre une actrice rencontrée – qui travaille dans une structure à bas seuil, spécialisée dans le conseil en santé et les soins médicaux pour des personnes sans papiers et dont l'une des fonctions est d'encadrer des bénévoles – la collaboration avec des médecins engagé-e-s bénévolement présente plusieurs avantages. D'une part, cela permet de développer les effectifs de spécialistes dans son

institution, sans que cela n'affecte significativement le budget de l'organisation. D'autre part, sur le plan stratégique, ce moyen d'engagement permet aussi de faciliter l'accès à des services extérieurs plus ou moins onéreux :

Nous travaillons depuis 3 ans avec des bénévoles aussi, surtout des bénévoles médecins hommes et femmes ici, qui doivent bien sûr être formés en conséquence, sensibilisés et préparés pour notre clientèle vulnérable. A travers ça, le fait d'avoir commencé à travailler avec des bénévoles, nous avons pu générer beaucoup d'argent. Quand on dit 'j'ai besoin de plus d'argent pour les sans-papiers', 'oui ça, malheureusement ça ne va pas'. Mais quand on dit 'notre médecin bénévole aimerait des radiographies, aimerait un IRM, aimerait n'importe quel laboratoire', alors là c'est 'oui, bien sûr'. (ACT, traduit de l'allemand)

Cela illustre les enjeux financiers et pratiques de l'usage du bénévolat impliquant des personnes hautement qualifiées qui occupent des positions socioprofessionnelles privilégiées. Mais le cas évoqué dans la citation fait émerger une problématique plus fondamentale. Il met en lumière les difficultés existantes concernant l'accès aux ressources financières des ACT impliqué-e-s dans le domaine de la santé des personnes en situation irrégulière. D'où la nécessité de recourir à des « *petites tactiques* », afin de permettre à ces personnes d'accéder aux soins :

Le bénéficiaire est un patient, s'il veut quelque chose, alors il doit l'avoir. Et à la fin, il a sa radio, sa prise de sang, que je n'aurais jamais pu obtenir si j'avais dit 'oui, le sans-papiers a besoin d'une prise de sang, il faut faire je ne sais quoi mais quelque chose'. J'essaie souvent un peu de manière détournée ou quand j'appelle à un endroit et signale quelque chose, je ne dis jamais directement 'vous savez, c'est un sans-papiers'. Je dis généralement n'importe quoi et regarde ensuite comment ils posent des questions. Une petite tactique comme ça. (ACT, traduit de l'allemand)

Si les situations des personnes sans-papiers sont particulièrement complexes et posent défis aux ACT, celles d'autres PM n'en sont pas moins. C'est notamment le cas des personnes ayant un permis de séjour précaire et dépourvues d'assurance médicale. Ainsi, bien que les principes d'intervention soient clairs, les approches choisies en fonction des expériences et sensibilités, et les outils connus et maîtrisés, la complexité des situations de vulnérabilité auxquelles certaines PM sont confrontées nécessite un ajustement constant des pratiques professionnelles. Pour rendre compte de cela, une ACT interviewée parle de travail d'« *artisan-e-s* » : « *Moi je dis qu'on fait une sorte de médecine comme les artisans. On est obligé de trouver des solutions pour chaque personne, parce qu'il y a un contexte social qui est là* ».

À l'image des artisan-e-s, il s'agit de jouer de sa créativité pour trouver des solutions adaptées, toujours situées et souvent dans un contexte d'urgence. Plusieurs ACT rencontré-e-s décrivent des pratiques professionnelles qui relèvent davantage de la tactique que de la stratégie, à savoir d'une gestion du coup par coup, du cas par cas, plutôt que d'une gestion planifiée à l'avance (De Certeau & Giard, 1990). Leurs actions renvoient à une forme de « *bricolage* » au sens noble du terme. En effet, ce bricolage n'est pas à concevoir comme une faiblesse ou une incompétence des ACT, mais comme une expression de l'efficacité pratique des modes d'agir (De Jonckheere, 2010). Si la singularité et la complexité des situations imposent le bricolage, il n'en reste pas moins que cette forme d'action demande beaucoup d'investissement en temps et de ressources personnelles. Elle tient aux liens personnels que les ACT établissent avec d'autres ACT, à leur carnet d'adresses. Ainsi, dès que ces partenaires quittent leur fonction, tout est à recommencer, car il s'agit de formes d'intervention non institutionnalisées, qui se jouent dans les interstices des institutions, qui procèdent parfois même de la transgression des normes institutionnelles.

6.4 Les difficultés d'intervention dans le domaine VIH/IST et migration

Les ACT ont relevé devoir faire face à de nombreux obstacles et difficultés dans leur pratique quotidienne. Ces derniers sont liés aux caractéristiques et aux conditions de vie des PM, mais aussi à l'organisation et au fonctionnement des institutions, au fédéralisme et aux politiques de santé et de l'asile en Suisse²².

6.4.1 Les contraintes structurelles et institutionnelles

Le manque de ressources économiques et humaines

Au niveau institutionnel, deux difficultés principales ont été thématiques par les ACT rencontré·e·s. La première difficulté provient du **manque de ressources économiques et humaines pour mener à bien le travail social** fondamental à toute action de prévention. Nous l'avons vu, pour que les actions de prévention, qu'elles soient primaire ou secondaire, puissent se déployer de manière efficace, tout un travail de création et de maintien d'un lien de confiance est nécessaire. Or, selon le point de vue exprimé par quelques interviewé·e·s, les ressources allouées à ce travail ne seraient pas suffisantes, tout comme la reconnaissance de la part de l'institution de rattachement, et, plus généralement, des politiques de santé dans le domaine du VIH/IST. Par ailleurs, selon ces interviewé·e·s, la scission même entre social et santé ne devrait pas exister, car pour faire la promotion et la prévention de la santé il faut d'abord faire du social.

Notre travail en fait c'est la prévention du VIH et des IST, sensibiliser les gens. [...] l'autre chose que nous faisons, à côté, c'est quasiment un travail social. Notre employeur nous dit pas que l'on doit vraiment accompagner les gens. Il dit 'ici vous avez du matériel, ici vous avez des informations, voyez comment vous pouvez sensibiliser les gens avec ce groupe cible'. Mais comment nous le faisons, ça nous regarde. Le reste c'est simplement un travail social que nous fournissons à côté. [...] Le problème c'est qu'il faudrait simplement 2 départements. Et je dirais simplement que c'est mieux si les deux départements peuvent se connecter d'une manière ou d'une autre et ensuite travailler sur un concept. (ACT, traduit de l'allemand)

La concurrence entre les champs d'intervention

La deuxième difficulté thématique par les ACT sur le plan institutionnel concerne le **partage du champ d'intervention** entre différentes institutions actives à l'intérieur du même canton, et qui plus est, ayant des structures juridiques différentes (institutions gouvernementales et non gouvernementales). Des **rapports concurrentiels** peuvent surgir. Comme nous l'avons vu dans le chapitre sur les collaborations, pour quelques ACT cela a été le cas dans le passé, dans la phase de mise en œuvre de leur institution de rattachement et de ses premières années d'existence, lorsqu'il s'agit de légitimer sa place dans le réseau institutionnel déjà présent sur le territoire.

Pour d'autres ACT cela reste d'actualité. Les rapports concurrentiels peuvent découler du caractère généraliste ou spécialiste des institutions qui se partagent le champ d'intervention, comme par exemple les institutions dans le domaine du VIH/sida ou de la santé sexuelle et les institutions spécialisées sur des populations et problématiques précises comme celles des personnes LGBTQI+. Mais la concurrence est

²² L'analyse institutionnelle invite à ne pas voir de différence de « niveau » entre, par exemple, la pratique professionnelle et l'institution dans laquelle elle s'actualise. En effet, la dynamique institutionnelle traverse et imprègne les pratiques, bien que les acteur·rice·s bénéficient d'une certaine liberté d'interprétation de leur mission et recourent à des solutions qui débordent du cadre institutionnel voire légal. L'institution n'est donc pas « au-dessus » des pratiques mais plutôt « en dedans » (Monceau, 2008).

plus fortement ressentie et exprimée entre, d'une part, les structures qui dépendent de l'ASS (les antennes régionales) et, d'autre part, les structures qui dépendent de Santé sexuelle suisse (SSCH), organisation faîtière des centres de santé sexuelle²³.

L'évolution du sida qui l'a fait passer de maladie mortelle à maladie chronique a amené, au cours de ces dernières années, les antennes régionales de l'ASS à réfléchir à la réorganisation de leurs offres et à devoir trouver de nouveaux arguments/moyens pour légitimer leurs actions, en se repositionnant dans le panorama des institutions actives dans le domaine de la santé sexuelle. Le changement de nom de plusieurs antennes régionales est révélateur de ce mouvement de rapprochement vers la santé sexuelle. D'autres antennes, en phase de conceptualisation d'une nouvelle légitimité, semblent s'orienter plutôt vers une approche de santé globale et/ou vers la spécialisation sur les populations en situation de vulnérabilité.

Les différences de cadre juridique sur lequel les institutions se fondent peuvent contribuer à l'exacerbation de la concurrence. Si les centres de consultation sexuelle sont des services publics et, en tant que tels, entièrement financés par le gouvernement, les antennes régionales de l'ASS sont des ONGs et dépendent, en grande partie, de financements privés. Cela amène les ONGs, plus que les autres, à légitimer leurs actions et défendre leur champ d'intervention.

Les difficultés liées au système politique et de santé

Les décisions politiques ont un impact direct sur les actions des institutions intervenant sur le terrain. Dans le domaine de la santé, nous venons de le voir, cela concerne par exemple l'allocation de financements diversifiés, selon le degré de gravité de ce qui est construit comme un problème de santé publique. Mais cela concerne également l'identification de groupes cibles auprès desquels les institutions sont censées intervenir en priorité. Dans le domaine de la migration, les **décisions politiques** en termes de permis de séjour ont un **impact sur le profil des personnes** qui fréquentent les structures d'accueil et de soins pour les PM. Par exemple, l'abolition du permis L pour femmes migrantes danseuses de cabaret en 2015 a amené des changements importants en termes de profil fréquentant les associations pour personnes travailleuses du sexe ou les structures à bas seuil.

Les décisions politiques ont également modifié la structure de notre clientèle. Par exemple, c'est ce qui s'est passé quand le statut de 'danseuse de cabaret' a été annulé. Jusqu'à la fin 2015, nous avions de nombreux cabarets à [nom de la ville]. C'est pourquoi je dois dire qu'elles n'étaient pas si vulnérables dans le sens où nous parlons maintenant de vulnérabilité. Des femmes très bien formées, qui avaient un caisse maladie, qui maîtrisaient la langue, l'anglais au top. Elles sont venues avec des questions claires, elles avaient une toute autre compétence en matière de santé, et elles sont parties, et les Roms ont pris leur part, c'est tout. Elles sont parties et leur place, c'est les Roms qui l'ont prise, c'est ça. (ACT, traduit de l'allemand)

Les décisions politiques contraignent les institutions à faire davantage preuve d'**adaptation**, car elles doivent revoir leurs offres en fonction des **nouveaux profils de PM admises en Suisse**. La diversité et l'évolution des flux migratoires placent continuellement les ACT face à de nouveaux défis, en fonction du profil des personnes qui arrivent et s'installent en Suisse (en termes d'origine, de situation familiale, de persécutions vécues au pays, etc.).

²³ Pour protéger l'anonymat de ces ACT nous renonçons ici à citer leurs propos.

Le système fédéral suisse qui octroie une large autonomie aux cantons, y compris dans les domaines de la migration et de la santé, entraîne des **différences cantonales** qui ont des répercussions sur les interventions des ACT. Par exemple, la tolérance envers les personnes sans-papiers varie d'un canton à l'autre et là où elle est moindre, les interventions auprès de ces personnes peuvent s'avérer plus difficiles, notamment lorsque les fonds ou les structures dédiés à leur prise en charge manquent.

A Genève, ils ont des offres spéciales pour les sans-papiers, enfin ceux qui n'ont pas de titre de séjour. Oui, alors le sens est aussi un peu différent. Quand on parle de ces sans-papiers ou ces gens sans titre de séjour, à Genève c'est complètement différent. Ici, les sans-papiers sont illégaux, mais je crois qu'ils sont tolérés dans le canton de Genève où il y a ces offres spéciales juste pour les sans-papiers. Mais pas chez nous. (ACT, traduit de l'allemand)

Plus largement, l'organisation sur le plan cantonal du système des soins de santé pour les PM peut entraver les actions des ACT. Si, selon le principe du fédéralisme, elle diffère d'un canton à l'autre, une tendance au cloisonnement entre deux catégories de populations migrantes est à relever : d'une part, les personnes issues de la LAsi, d'autre part, les personnes en situation irrégulière. Ceci signifie que si une PM se rend dans un service qui n'est pas prévu pour elle, en raison de son statut légal en Suisse, les ACT doivent l'orienter vers une autre structure, au risque que cette personne ne s'y rende pas.

Par-delà ce cloisonnement entre catégories de populations migrantes, la création et le maintien du lien de confiance, qui est au fondement de l'intervention, peut être mis à rude épreuve par le nombre important d'intervenant-e-s, notamment dans la gestion des situations plus complexes. Dans ces contextes, la traçabilité du suivi fait partie des grandes difficultés que les ACT interviewé-e-s nous ont confié rencontrer. Une interviewée décrit le cas d'un suivi raté impliquant une personne travailleuse du sexe en situation régulière diagnostiquée positive au VIH dans le cadre d'une consultation gynécologique. La trace de ce test positif, disparue au cours du suivi, n'a été retrouvée que plusieurs mois plus tard. Or, selon l'avis de notre interlocutrice, étant donné l'urgence de la situation, elle aurait dû faire l'objet d'un suivi plus étroit. La personne aurait dû être informée et accompagnée vers un centre de prise en charge et de traitement spécialisé plus rapidement. L'interviewée critique l'inefficacité du processus administratif dans ce cas de figure pour trouver la personne et les frais exorbitants que celui-ci a engendré :

La femme n'était pas informée qu'elle était séropositive. Et elle n'était plus atteignable, pendant 3 mois, elle n'a rien su de ça. Mais comme tout est si difficile, aussi bien l'hôpital que l'assistante sociale, il n'est venu à l'esprit de personne qu'il faudrait peut-être prendre le Bus 2 et, après 5 arrêts, sonner là-bas. C'est le genre de choses que je trouve compliquées. Le médecin-assistant le dit au médecin-chef de l'hôpital, le médecin-chef le dit au directeur, puis la direction parle au médecin cantonal, le médecin cantonal contacte mon chef supérieur, qui contacte ma cheffe et j'obtiens le mandat. (ACT, traduit de l'allemand)

La limite des assurances médicales

Enfin, la difficulté principale thématique par les ACT de terrain rencontré-e-s a trait au système des assurances, notamment dans le domaine médical. De manière générale, le système de l'assurance maladie est considéré par la plupart des interlocuteur-ice-s comme « bon », notamment en comparaison à d'autres contextes nationaux, comme les USA ou certains pays de l'UE. Cependant, la grande majorité d'entre eux-elles s'accordent aussi à dire qu'il rend leur travail difficile.

Honnêtement on a pas un système qui nous aide tellement. Au niveau des papiers, c'est extrêmement difficile. Au niveau des assurances, c'est difficile. Au niveau même du système de santé, c'est pas forcément évident, mais je dirais que vraiment le plus difficile c'est la question des papiers puis des assurances. (ACT)

Comme nous l'avons déjà évoqué, les informations en lien avec les assurances sont compliquées, difficilement accessibles pour des personnes qui ne sont pas habituées à ce système, notamment pour celles qui ont un niveau d'éducation peu élevé et qui ne parlent pas les langues locales. Cela met les ACT de terrain en situation de devoir expliquer ces éléments aux PM. Les démarches administratives pour l'affiliation à une caisse maladie sont également très complexes. Pour les exécuter, les PM ont besoin d'assistance. Une fois les démarches abouties, encore faut-il payer les primes mensuelles. Sur ce front également, les ACT sont en première ligne et, au cas par cas, suivant les possibilités qui s'offrent d'un canton à l'autre, il-elle-s essaient de trouver des solutions pour permettre aux PM en situation de précarité économique de supporter ces coûts.

Une autre difficulté que le système des assurances engendre pour les ACT tient à la non-garantie de l'anonymat, alors que, comme on l'a vu, ce principe est primordial pour gagner la confiance des personnes qui fréquentent les institutions dans lesquelles il-elle-s travaillent, qu'il s'agisse, par exemple, de personnes en situation irrégulière craignant une éventuelle expulsion en cas d'identification ou de jeunes dont la sexualité active n'est pas connue par les parents.

Nous, le grand problème, c'est quand on doit faire face à des IVG confidentielles, alors je vous dis pas quand on doit négocier avec les caisses maladies, avec la facturation de l'hôpital, avec les laboratoires auxquels ont été demandé des analyses... C'est très très compliqué de pouvoir faire ces choses-là de manière confidentielle, alors que c'est un droit, même pour des mineurs. Un autre problème, c'est que les caisses maladies, on en a fait l'expérience, mettent dans leur listing pour les impôts toutes les prestations fournies... et puis là, je me suis battue, mais il n'y a rien eu à faire. C'est compliqué, c'est très très compliqué. (ACT)

Une autre difficulté encore que le système des assurances engendre pour les ACT concerne les traitements non remboursés. C'est notamment le cas pour la PrEP dont les frais sont élevés. Si le programme SwissPrePared, présenté précédemment, permet aux éventuel-le-s intéressé-e-s d'obtenir le médicament à un prix avantageux, le remboursement des coûts engendrés par l'accompagnement médical nécessaire (qui restent conséquents) n'est pas garanti par l'assurance maladie de base.

La PrEP est toujours liée à des coûts qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. Nous n'avons pas de fonds, pour les personnes qui ont pas les moyens pour la PrEP, qui permettrait la prise en charge de celle-ci. Avec SwissPrePared, il y a certes la possibilité d'obtenir le médicament à un prix avantageux. Mais le médicament ce n'est vraiment qu'un point, ça il faut pas l'oublier, il y a ces examens d'accompagnement et ils coûtent tout simplement quelque chose. Et c'est là que ça devient difficile. [...] Donc les tests avant et pendant, eux c'est important qu'ils soient faits. Et de ce point de vue, c'est toujours un obstacle pour les gens qui ont peu de ressources financières... (ACT, traduit de l'allemand)

Très critique face aux coûts de la PrEP, et vu l'inefficacité de cette solution qui reste trop coûteuse pour les personnes en difficultés financières, ce même interviewé renonce à la proposer, tout en montrant du doigt ces inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Enfin, le fait que les PM ne soient pas affiliées à une caisse maladie est décrit comme particulièrement problématique en cas de test positif au VIH, surtout pour celles qui fréquentent des structures à bas seuil. L'admission et la prise en charge de ces personnes dans une structure hospitalière non universitaire est perçue comme impossible par les ACT de terrain, étant donné les coûts d'un traitement ARV. Lorsque de tels cas se présentent, le transfert de ces personnes vers un autre canton disposant d'un hôpital universitaire doté de fonds ou provisions à cet effet s'avère nécessaire.

La précarité et la mobilité comme limite aux soins

Les conditions de grande **précarité économique** dans lesquelles vit une partie des PM rendent difficiles et complexes les interventions des ACT dans le domaine du VIH/IST. Préoccupées par la satisfaction de leurs besoins fondamentaux, ces personnes relèguent leurs éventuels soucis de santé au dernier plan. Cela confronte les ACT à des **diagnostics dits tardifs** et à l'exigence d'agir en situation d'**urgence**, autant sur le plan médical que financier. Il s'agit de trouver les subsides pour que ces personnes puissent bénéficier des soins de santé nécessaires au traitement des IST dont elles souffrent. En effet, parmi ces PM, elles sont nombreuses à ne pas être affiliées à une caisse maladie, en raison des coûts que cela représente. Les difficultés deviennent particulièrement importantes lorsque ces personnes ont besoin de passer par une consultation en hôpital et pour laquelle 500 CHF sont demandés d'entrée : « *Pour moi, personnellement, comme médecin, c'est d'envoyer quelqu'un sans assurance à l'hôpital... on le fait, il y a pas problème, mais disons que c'est chaque fois un peu les parcours du combattant* ».

Lorsque l'instabilité juridique vient se conjuguer à la précarité économique, les défis auxquels sont confrontés les ACT se multiplient. Les PM sont décrites comme plus mobiles, se déplaçant en Suisse au grès des opportunités de logement et de travail qui s'offrent à elles. Leur **mobilité** met à rude épreuve la **continuité des soutiens et des soins** qui leur sont destinés. Dans un contexte d'insécurité économique et juridique, les offres de prévention et de promotion de la santé sont également plus difficiles à mettre en place.

Et puis je pense que cette vulnérabilité a un impact direct sur la santé, parce que quand vous êtes dans une situation difficile, comment vous pouvez entendre un discours même de prévention ? De maigrir, de bien se nourrir, de se laver les dents, de faire du sport, de se protéger... (ACT)

Plusieurs ACT plaident pour que toutes les offres de prévention primaire et secondaire (du conseil, aux tests de dépistage, à la distribution des médicaments) puissent être proposées dans la même structure. Cela éviterait aux personnes de passer par plusieurs institutions et de devoir à chaque fois recommencer à expliquer leur histoire. Cela permettrait de réduire le risque de perdre des personnes en cours de suivi médical.

6.4.2 Les limitations dues aux situations socio-culturelles

La difficile gestion des situations d'exploitation

Plus les PM cumulent les désavantages (économiques, juridiques, linguistiques et autres), plus elles risquent d'être prises dans des **rappports d'entretien et d'exploitation**, ce qui les expose davantage à différentes formes de violence (verbale, physique et sexuelle). Ces situations d'exploitation confrontent les ACT à plusieurs défis. Tout d'abord, le **défi de révéler ces situations** qui, la plupart du temps, ne sont ni perçues, ni nommées par les personnes impliquées en tant que telles. Cela concerne particulièrement

les violences sexuelles subies par des PM qui ont été exposées à des formes abusives de sexualité dans leur pays.

Quand on voit ce qui se passe dans ces pays-là avec des Européens qui arrivent et puis qui abusent de ces jeunes garçons, probablement qu'ils sont déjà depuis toujours dans un mode de... enfin, le consentement c'est quelque chose qu'ils connaissent pas, parce qu'ils ont jamais vécu avec ça. Si on parle de violences sexuelles au sens où nous on l'entend, oui je pense qu'ils subissent tous plus ou moins des violences sexuelles. (ACT)

Une fois la situation de violence subie identifiée, encore faut-il que les conditions soient réunies pour que la victime **dépose plainte** contre la personne qui abuse d'elle. Or, cela n'est pas le cas lorsque la victime est en situation illégale en Suisse et qu'elle craint d'être expulsée ou lorsqu'elle dépend juridiquement de la personne qui abuse d'elle (permis acquis via le mariage), ni lorsqu'elle dépend financièrement de cette personne.

Difficile de dénoncer et puis probablement il y a pas de dénonciation, parce que déjà la notion même de l'abus sexuel... ça va être minimisé. Par exemple, une personne qui s'était faite frappée dans le cadre d'une relation, elle est allée à l'Unité de médecine des violences et il y a eu un constat qui a été fait. Mais étant à la rue, une semaine après, elle était réconciliée avec son bourreau et puis elle retournait vivre chez lui. Disons qu'on est dans une situation comme ça où il y a pas d'histoire de porter plainte. Et puis là, la personne elle l'empêchait de sortir, de téléphoner, d'avoir une vie... il y avait la question de la traite qui se posait... (ACT)

À noter également que lorsque des interventions auprès de **victimes de traite** sont nécessaires, parler de VIH/IST dans un contexte où d'autres souffrances, souvent atroces, sont déjà vécues n'est pas aisé pour les ACT.

En fait, notre tâche principale est de sensibiliser les gens au VIH et aux IST. Mais quand on se retrouve dans ces situations et que les gens disent 'ok, j'ai déjà été vendue deux fois quelque part en chemin, jusqu'à ce que j'arrive en Grèce, là-bas j'ai été violée par un gars'. Et ça, ce sont vraiment des situations qui sont très émotionnelles. [...] Et puis alors on essaie juste de les reconforter et de leur apporter plus de sécurité et de dire 'ok, ici vous êtes au moins dans un centre de requérants d'asile où vous êtes pris en charge'. [...] Nous travaillons avec les émotions. Et parfois il est difficile de trouver la limite entre leur histoire et ce que nous devons réellement faire. (ACT, traduit de l'allemand)

Les obstacles liés aux contextes sociaux et familiaux contrôlants

S'il peut être difficile pour les ACT de terrain d'identifier les situations d'exploitation et de violence subies par certaines PM, il peut être tout autant difficile d'intervenir auprès de personnes qui vivent dans un **contexte relationnel ou un cadre familial** décrit comme « **contrôlant** ». Cela peut être le cas de personnes vivant avec le VIH en couple avec un-e partenaire ou conjoint-e qui n'est pas au courant de leur infection. Les formes de communication adoptées par les ACT avec ces personnes doivent être choisies avec minutie, afin de préserver le secret de leur séropositivité.

Pour un repas qui regroupe 15 à 20 personnes, tous les mois je fais ma liste : courrier normal, SMS, WhatsApp. Dans le courrier, je note 'un petit message pour vous inviter à notre prochain repas femmes qui aura lieu à notre lieu habituel'. Je ne donne pas l'adresse, pas d'en-tête,

rien, voilà, enveloppe neutre. Parce qu'il y en a une qui m'a dit 'pas par SMS', parce que le monsieur il lit tous ses messages... (ACT)

Un autre contexte familial décrit comme « *contrôlant* » est celui des jeunes migrant·e·s ou descendant·e·s d'immigré·e·s qui vivent chez leurs parents. Le contrôle exercé par les parents sur la sexualité de leurs enfants s'inscrit dans un contexte normatif qui promeut la virginité jusqu'au mariage (notamment pour les filles) et l'hétéro-cisnormativité. Comme nous l'avons vu, ces normes peuvent amener les jeunes à avoir des pratiques sexuelles cachées et les exposer davantage au risque de contracter le VIH/IST, comme par exemple lors de pénétrations anales entre hommes et femmes pour préserver la virginité des femmes ou des rapports sexuels clandestins entre hommes. Dans ce contexte de **contrôle** et d'**interdits**, les interventions des ACT vouées à préserver la santé sexuelle des jeunes s'avèrent plus laborieuses, car elles doivent être effectuées en toute **discrétion**, à l'insu des parents.

C'est des familles claniques, où il y a un grand contrôle familial, mais d'autre part aussi une grande solidarité, il y a le pour et le contre. On peut bien voir ces jeunes filles ici, on le fait en cachette, on doit tout cacher pour une prise de pilule contraceptive... et lorsque ces filles se retrouvent enceintes à 16-17 ans, parce qu'elles ont pas pu mettre en place une contraception, c'est compliqué. [...] Il faut que ça soit des choses confidentielles, parce qu'on a vraiment l'impression que dans certaines familles c'est l'exclusion du clan, le rejet. (ACT)

Les tabous relatifs aux sujets sexuels

Si la sexualité est un sujet intime, souvent difficile à aborder, indépendamment de l'origine, du genre, du niveau d'éducation et du milieu social d'appartenance, cela est encore plus difficile avec des **personnes non socialisées à la parole sur la sexualité**. Tou·te·s les ACT interviewé·e·s se mettent d'accord pour dire que la sexualité a un caractère « *tabou* » dans les communautés d'origines africaines, mais également dans plusieurs communautés du Moyen Orient, comme par exemple les communautés afghanes ou syriennes. Des différences de genre sont également relevées face à ce « *tabou* » : la socialisation à la parole sur la sexualité est perçue comme encore moins légitime chez les hommes.

Culturellement, il est parfois encore très difficile pour certains hommes de parler de sexualité. En ce moment avec des hommes nord-africains, je quitte parfois la pièce et je laisse le médecin parler. Ils abordent alors rapidement tous les thèmes. [...] Il faut simplement un peu d'intuition. Ça m'est aussi déjà arrivé que quelqu'un est venu et m'a quasiment appuyé une note dans la main 'quelqu'un m'a dit que je devais faire examiner ça, ça et ça'. [...] La syphilis, c'est très fréquent chez nous, était aussi écrite dessus et le patient a même pas parlé de ça. (ACT, traduit de l'allemand)

Du côté des PM interviewées, le terme de « *tabou* » revient avec récurrence lorsqu'il est question de savoir si le sujet de la sexualité est abordé dans les familles issues de la migration. La sexualité est souvent perçue comme un sujet qui n'est moralement pas envisageable d'aborder dans la sphère familiale. Une femme née dans un pays du Moyen Orient nous raconte avoir été victime d'avances affectives et sexuelles non souhaitées au cours de son adolescence, mais ne pas en avoir parlé avec ses parents, car selon son point de vue les parents ou tout autre « *personne plus âgée* » aura tendance à considérer la femme comme coupable.

Et puis on pouvait pas non plus dire ça à nos parents 'il a fait comme ça ou comme ça'. Parce que presque toujours les femmes sont responsables. 'Qu'est-ce que tu as fait pour qu'il fasse

ça ?'. C'est pour ça qu'on pouvait jamais raconter ce genre de choses aux parents ou égal, une tante ou quelqu'un, qui est plus âgé que toi. (PM, traduit de l'allemand)

Les ACT soulignent qu'un nombre important de PM avec lesquelles il-elle-s sont en contact ne parle pas de sexualité, ce qui rend la mise en place d'actions de prévention difficile. La difficulté augmente considérablement lorsque la **sexualité**, notamment masculine, **sort du cadre hétéro-cisnormatif** et/ou qu'elle advient dans un **contexte d'exploitation** duquel la personne ne peut pas se soustraire, en raison des conditions de grande précarité dans lesquelles elle vit.

Il y avait toute une situation où un jeune [origine] avait des rapports avec un homme plus âgé qui l'entretenait et qui finalement a aussi profité de ce jeune qui était peut-être pas forcément homosexuel... Donc, ils se retrouvent aussi dans ces situations... et puis ça c'est souvent plus difficile de parler de ces questions-là, quand c'est justement des rapports entre hommes. Et je pense certains, c'est vraiment aussi une question financière, de survie, en fait. Et pas une question qu'eux-mêmes ont peut-être un attrait homosexuel. (ACT)

Les obstacles liés aux croyances sur le VIH

Selon les ACT rencontré·e·s, certaines représentations et croyances que des PM peuvent avoir sur le VIH/IST interfèrent avec leurs interventions, tant au niveau de la prévention primaire que secondaire. Sur le plan des rapports sexuels, les croyances dans des formes de protection alternatives à celles recommandées par les autorités compétentes représentent un défi pour les ACT.

Mais je pensais à un cas intéressant d'un migrant subsaharien que j'aurais toujours voulu mettre sous PrEP parce qu'il prenait énormément de risques. [...] Et typiquement lui c'est quelqu'un que je n'ai pas réussi à crocher. [...] Alors là vous voyez, c'est pas qu'une question d'argent parce que je pense même que la personne qui l'entretient aurait été d'accord de payer. Là, on est dans des choses d'accès qui m'échappent complètement. Peut-être que lui il pense qu'il a une sorte d'immunité, qu'il n'attrapera jamais rien... (ACT)

Dans le domaine du travail du sexe, nous l'avons vu, les messages de prévention amenés par les ACT peuvent se heurter aux messages transmis par les « *anciennes du métier* » qui tirent leur légitimité du fait qu'ils viennent de quelqu'un qui est du métier.

Enfin, les ACT rencontré·e·s estiment que la peur d'être contaminé·e·s par une infection que nombre de PM perçoivent comme stigmatisante est un frein au dépistage et, partant, qu'elle retarde le début du traitement en cas de résultat positif au test. Il en va de même pour les croyances dans des guérisons alternatives à celles médicales évoquées par quelques interviewé·e·s.

Le rejet des sexualités minoritaires

L'hétéro-cisnormativité (norme de l'hétérosexualité comme prépondérante) étant décrite par les ACT comme fortement présente dans les pays d'origine et dans les communautés d'origine en Suisse, les personnes appartenant aux **sexualités minoritaires** ont tendance à refouler leur OSIEG qui s'écarte de ces normes, par **crainte d'être stigmatisées et rejetées**. Font partie de ces personnes les hommes de différentes origines ethniques qui ont des rapports sexuels avec des hommes, sans pour autant s'identifier en tant qu'homosexuels ou gays. Dans le cas de jeunes hommes Afghans, selon une ACT interviewée leurs relations sexuelles avec des hommes peuvent être mises en lien avec la pratique « *bacha bazi* » à laquelle

ils ont été socialisés dans leur pays d'origine. Cette pratique consiste pour les jeunes garçons à donner du plaisir à des hommes adultes, sans pour autant qu'elle soit considérée comme une pratique homosexuelle.

La plupart des jeunes qui ont une sexualité avec des hommes, jamais ils diront qu'ils sont homosexuels, par exemple. Et ils vont, c'est quelque chose, je crois que c'est culturel, qui est intéressant, car ils vont dire 'non je suis pas homo, mais je peux avoir des relations avec des hommes'. [...] J'ai essayé de regarder avec les médiateurs culturels, de discuter avec eux, mais je pense qu'il y a des pratiques bacha bazi. Ça existe là-bas où justement les garçons plus petits aussi peuvent participer au plaisir des hommes plus adultes. Est-ce que c'est ça ? Je sais pas, c'est des hypothèses que je me fais sans savoir. (ACT)

Plusieurs ACT rencontré-e-s estiment que les personnes ayant une orientation non hétérosexuelle et/ou une identité non-cisgenre, comme les **HSH** et les **personnes transgenres**, représentent une **population difficile à atteindre** : « C'est de nouveau des pays... je veux dire ils se font tuer s'ils sont homosexuels donc je veux dire le refoulement ça doit être assez important. [...] C'est comme les Roms aussi. Il y a toute une communauté Rom à laquelle on n'a pas du tout accès ».

Selon nos interlocuteur·rice-s, la peur que ces personnes ont de la stigmatisation et du rejet n'est pas ressentie uniquement à l'égard des communautés d'origine, mais également à l'égard de leur propre famille. Plus celle-ci est perçue comme contrôlante et plus l'auto-identification en tant que personne LGBTQI+ est entravée.

Ces situations de non-acceptation des sexualités autres qu'hétéro-cis de la part des personnes concernées elles-mêmes et de leurs proches rendent plus difficiles les interventions des ACT. Elles compliquent le travail de prévention primaire.

Il y en a un dont je me souviens qui venait régulièrement, c'était un fils d'une famille des pays de l'Est, qui avait pas mal de fantasmes d'avoir des rapports avec des hommes. Mais lui, typiquement, il voulait pas prendre la PrEP, parce qu'il avait peur de la ramener à la maison, parce que sa famille était très intrusive et il avait peur qu'on trouve le médicament. Lui c'est quelqu'un qui disait 'moi je vais me marier avec une femme', 'je suis hétérosexuel', etc. Mais il avait des rapports assez compulsifs avec des hommes. Il se protégeait très peu. (ACT)

Cela complique également le travail de prévention secondaire, car au stigmate lié à l'OSIEG vient s'ajouter celui de la séropositivité, ce qui engendre un cumul de souffrances pour ces personnes qu'il s'agit de prendre en compte pour que les traitements puissent être suivis dans les meilleures conditions possibles.

Il y a certaines familles qui sont encore très conservatrices sur la question de la sexualité. [...] je sais que pour certains jeunes c'est quand même un vrai problème la question de l'acceptation. Et puis ça impacte l'auto-acceptation de l'orientation sexuelle. Du coup, c'est quand même des gens qui se font moins dépister, ils viennent moins au centre et parfois qui ont plus de risques et parfois s'infectent. Et ça souvent c'est double catastrophe, parce que l'infection fait que l'auto-stigma est encore pire. Déjà il existe de base, parce que l'orientation est pas trop acceptée, alors là encore plus avec le HIV c'est double stigma. Donc des fois ce genre de personnes c'est des personnes qui sont quand même très en souffrance. (ACT)

La stigmatisation dans le travail du sexe

Comme nous l'avons déjà vu, il est également question de **stigmatisation** dans le domaine du **travail du sexe**, ce qui pose plusieurs défis aux ACT. D'une part, ceux-celles-ci doivent faire preuve de beaucoup de sensibilité dans un contexte où cette stigmatisation n'est pas suffisamment thématifiée.

Le travail avec ces gens nécessite avant tout du temps. Mais pas seulement du temps, il faut vraiment de la sensibilité. En ce qui concerne la stigmatisation, j'ai vraiment un grand besoin de vous dire, dans ce cercle, où l'on parle maintenant de ces femmes, je pense que la stigmatisation devrait beaucoup plus être thématifiée et abordée dans le monde social. (ACT, traduit de l'allemand)

D'autre part, l'auto-identification en tant que travailleur·euse du sexe est difficile à assumer face aux autres, y compris face au personnel soignant. En effet, par peur que l'identité en question soit rendue visible, ces personnes peuvent se sentir obligées de refuser le soutien proposé par les ACT, peu importe les formes d'accompagnement que celui-ci peut prendre. Cela complique le travail d'intervention des ACT.

Et puis moi je dis on peut vous accompagner en tant qu'association. 'Non non non non non, surtout pas.', parce que être accompagnée par [nom de l'association], ça veut dire que je suis travailleuse du sexe. Donc après je sais pas ce qu'elles disent vraiment, mais même au gynécologue, elles vont pas dire le métier qu'elles font. Pas par habitude, par peur que c'est un travail pas légal, donc on va pas le dire au médecin parce que s'il le dit à ma famille... (ACT)

7 Les stratégies d'intervention

Avant de présenter les stratégies d'intervention issues des trois enquêtes de terrain, nous précisons le recours au concept de « stratégies d'intervention » plutôt qu'à celui de « bonnes pratiques ».

7.1 Stratégies d'intervention plutôt que bonnes pratiques

Née à l'ère du New Public Management dans le domaine des politiques publiques, la notion de « bonne pratique » renvoie à l'efficacité et à l'efficience des mesures, liées à la rationalisation des coûts. Nombre de rapports et publications issus d'organisations comme l'OMS ou ONUSIDA recensent les différentes bonnes pratiques en matière de VIH/IST. Celles-ci répondent aux besoins de la population visée avec un maximum d'efficacité et un minimum de coûts. Or, les besoins ont un caractère fortement subjectif, ce que les mesures de prévention et de promotion doivent prendre en compte. De plus, le concept de « bonnes pratiques » éclipse la dimension plurielle et complexe des sociétés actuelles que les sciences sociales se donnent pour mission d'analyser. Il présuppose qu'il y a des pratiques meilleures que d'autres (connotation morale), alors que celles-ci, si tant est qu'on puisse les identifier, dépendent du système de référence en vigueur dans un champ politique donné.

Dans un système fédéral, où tant les politiques migratoires que les politiques de santé changent d'un canton à l'autre et se concrétisent à travers des pratiques très variées, il est illusoire de penser qu'il est possible d'identifier de bonnes pratiques qui puissent être mises en œuvre telles quelles dans chaque canton. Par ailleurs, l'enquête auprès des ACT a montré que les interventions dans le domaine du VIH/IST et de la migration sont des pratiques situées. D'une part, elles doivent constamment être remises au jour, puisque les changements de lois ont un impact sur le profil des personnes qui arrivent et peuvent rester (ou pas) sur le territoire suisse. D'autre part, les interventions dépendent de la marge de manœuvre que les ACT ont au sein de l'institution dans laquelle il-elle-s travaillent. Cette marge de manœuvre s'inscrit, à son tour, dans les interstices laissés par les politiques migratoires et de santé. Ces constats sont en phase avec les résultats de la plus récente évaluation des soins de santé pour les requérant-e-s d'asile en Suisse (Müller et al., 2017). Il en ressort une « culture des soins » spécifique à la région. En Suisse romande, l'État s'investirait davantage dans la santé publique, en offrant des soutiens adaptés aux PM, alors qu'en Suisse allemande, les structures spécialisées pour les PM seraient plus rares.

Pour ces raisons, nous avons privilégié ici une réflexion en termes de stratégies d'intervention. Nous avons mené cette réflexion à partir des résultats des trois enquêtes de terrain et avons organisé les stratégies d'intervention autour de 5 objectifs ou axes généraux :



Ces stratégies d'intervention ont été présentées au groupe PARTEN et les remarques formulées à cette occasion ont été intégrées dans les propos qui suivent. Chaque objectif général est présenté sous la forme d'un tableau, incluant des objectifs spécifiques, approches, outils, mesures et institutions. Comme cette partie du rapport est fondée sur les résultats des trois enquêtes de terrain, elle comporte moins de citations des personnes interviewées que les précédentes.

Les recommandations qui figurent dans ce document n'engagent que ses auteur·e·s. Elles peuvent donc diverger des positions de l'OFSP.

7.2 Comprendre les besoins des PM en santé globale²⁴

Objectif général 1 : comprendre les besoins des PM en santé globale				
Objectifs spécifiques	Approches	Outils	Mesures	Institutions
<ul style="list-style-type: none"> • Écouter et reconnaître les besoins des PM (permis de séjour, logement, travail, santé, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé globale • Inclusive • Intersectionnelle • Centrée sur la personne • Communautaire (→ partenariat avec les PM & formation des pairs) • Proximité • Pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens individuels • Entretiens de couple • Entretiens collectifs • Interprétariat • Recherches scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Écoute empathique • Confidentialité • Anonymat • Bienveillance, non-jugement (→ sensibilisation du personnel soignant) 	<ul style="list-style-type: none"> • Antennes régionales ASS • Centres santé sexuelle SSCH • Checkpoints • Hôpitaux (VIH/IST et migration) • Autres structures médicales ambulatoires • Autres ONGs (milieux travail du sexe, asile, migration, LGBTQI+, sans-papiers, traite) • Universités, Hautes Ecoles et autres instituts de recherche • OFSP • CFIST
<ul style="list-style-type: none"> • S'intéresser aux connaissances des PM sur le VIH/IST 				
<ul style="list-style-type: none"> • S'intéresser aux représentations (santé, maladie, VIH/IST, genres, sexualités, préservatif, etc.) et croyances des PM 				
<ul style="list-style-type: none"> • S'intéresser aux expériences des PM (migration, sexualité, VIH/IST, travail du sexe, etc.) 				

²⁴ Pour la présentation de toutes les stratégies d'intervention, nous avons adopté le code de couleurs suivant : en noir, les interventions à poursuivre ; en bleu, les interventions à renforcer et en rouge les interventions à mettre en place. Chaque tableau est suivi de précisions utiles à sa lecture, compréhension et contextualisation. Nous y incluons également des renvois à des études menées en Suisse au sujet des points abordés.

Objectifs spécifiques

Écouter et reconnaître les besoins des PM

Selon les expériences et les points de vue de beaucoup d'ACT et de PM rencontré·e·s, la santé sexuelle n'est pas une priorité pour les personnes qui cumulent les vulnérabilités. D'autres préoccupations sont beaucoup plus urgentes, comme l'accès à la nourriture, le logement, le permis de séjour et le travail. D'où l'importance de commencer par écouter et reconnaître ces besoins des PM.

S'intéresser aux connaissances des PM

Au lieu de donner d'emblée des informations sur le VIH/IST, il convient de commencer par accéder aux connaissances que les PM ont déjà sur le VIH/IST et adapter les informations en conséquence.

S'intéresser aux représentations et croyances des PM

Cet objectif est fondamental car, comme on l'a vu, les représentations et croyances des PM jouent un rôle important dans l'adoption (ou pas) de pratiques préventives. Il s'agit de connaître les représentations (sur le VIH, les sexualités, les genres, etc.) et croyances des PM, afin de proposer des offres de prévention adaptées. Par exemple, on n'obtient pas le même résultat si l'on parle de négociation du préservatif à une femme qui a une vision paritaire des rapports hommes-femmes dans le couple qu'avec une femme qui adhère à la vision selon laquelle c'est l'homme qui décide, y compris dans le domaine de la sexualité, comme cela nous a été rapporté autant par des ACT que des PM.

Connaître les expériences des PM

Afin de proposer des offres de prévention adaptées, il s'agit de prendre connaissance des expériences que les PM sont prêtes à partager et qui sont en lien avec la migration, la sexualité, le travail du sexe et d'autres expériences.

Approches

Pour comprendre les besoins des PM, il convient de combiner plusieurs approches complémentaires

L'approche en **santé globale**, qui relève d'une vision holistique de la santé, permet de tenir compte de tous les déterminants sur la santé comme l'éducation, le travail, le logement, la pauvreté, etc.

L'**approche inclusive** permet de s'adresser à toute personne, en décroissant les catégories de populations cibles, trop réductrices par rapport à la complexité et à l'intersectionnalité des identifications sexuelles et de genre, ainsi que des pratiques sexuelles. Adopter une approche inclusive revient à rompre avec des approches ethno-hétéro-cis-centrées.

L'**approche intersectionnelle** permet de tenir compte, comme nous l'avons vu, des différents statuts, caractéristiques et identités d'une personne, mais également des rapports de pouvoir dans lesquels ces dimensions s'inscrivent. Une proposition d'opérationnalisation de cette approche en contexte de relation d'aide/de soins est formulée dans la conclusion de ce rapport.

L'**approche centrée sur la personne** permet de prendre en considération les caractéristiques de la PM (âge, OSIEG, origine ethnique, statut légal, statut socio-économique, etc.), de ses connaissances, pratiques sexuelles et préventives, expériences et représentations (des sexualités, de la santé, de la maladie, etc.). Elle met au centre l'écoute de ce que la personne souhaite partager et l'empathie, afin d'identifier ses besoins et y répondre ou l'orienter vers d'autres structures.

L'**approche communautaire**, comme nous l'avons vu, est basée sur les principes de Denver (1983), repris et complétés par la Déclaration communautaire de Paris (2017). Elle consiste à concevoir les personnes concernées comme des acteur·rice·s ayant des connaissances, compétences et ressources, et à les impliquer dans la conceptualisation (niveau stratégique) et la réalisation (niveau opérationnel) des dispositifs, des actions et des prestations de prévention et de soins. Plutôt que des bénéficiaires, client·e·s ou usager·ère·s, les PM sont considérées comme des partenaires à part entière, des « sujets connaissant » (Amsellem-Mainguy & Le Grand, 2014). Il s'agit d'un partenariat à tous les niveaux qui vise à rompre avec une vision paternaliste de la relation d'aide et de soins. Dans l'enquête 3 consacrée aux stratégies d'intervention, un renforcement de l'inclusion de personnes sans-papiers dans ces démarches a été jugé nécessaire.

Quant au concept de **pairs**, dans la littérature et les expériences décrites par les personnes interviewées plusieurs termes sont utilisés pour les qualifier : « pairs-multiplicateurs », « pairs-relais », « pairs-aidants », « médiateur·rice·s », « mentors ». Une PM qui a participé à l'enquête 3 a parlé de « témoins vivants ». Au-delà du terme utilisé pour les qualifier, c'est la fonction de ces personnes qui est particulièrement intéressante : soutenir l'empowerment des personnes nouvellement arrivées en Suisse. Dès leur arrivée sur le sol suisse, il s'agirait de leur proposer des mentors, c'est-à-dire des personnes établies qui sont passées par la même procédure de l'asile, disposées à partager leurs expériences et connaissances relatives à l'organisation et au fonctionnement de la vie en Suisse. Ces personnes, formées à ce rôle et rétribuées, se chargeraient de faire connaître le système de santé aux PM nouvellement arrivées, de les mettre en relation avec d'autres personnes, de les soutenir dans la construction d'un réseau, de les accompagner dans leur parcours de santé. Dans leur enquête sur les « facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud » Françoise Maillefer et ses collègues (Maillefer et al., 2019) affirment que toutes les personnes interviewées ont reconnu l'utilité d'avoir un parrain ou une marraine qui les accompagne dans les premières démarches, afin de faciliter leur compréhension, notamment, du système de santé.

Pour les personnes travailleuses du sexe, les mentors seraient des personnes qui ont exercé ou exercent encore le travail du sexe et qui transmettent leurs connaissances et expériences aux personnes débutant dans le métier (droits au travail, connaissance des structures sociales et médicales, etc.). Cela nécessite de la part des mentors le suivi d'une formation spécifique, afin d'éviter la divulgation d'informations erronées sur les IST. Un binôme ayant participé à l'enquête 3 a avancé et discuté cette idée, qui a rencontré la pleine adhésion des deux parties en présence.

L'approche communautaire se conjugue bien avec l'**approche** (ou travail) **de proximité** qui préconise d'aller vers les personnes. Dans les institutions où ce travail reste uniquement ou essentiellement centré sur les PM d'origine subsaharienne, il importe de l'élargir à des personnes en provenance d'autres régions, comme l'Afrique du nord, le Proche et Moyen Orient ou l'Amérique latine. L'implication de personnes clés (gate keepers) comme des prêtres, des pasteur·e·s, des leaders communautaires ou des influenceur·euse·s, pourrait être utile pour permettre l'accès à des communautés spécifiques et transmettre les savoirs. Cette pratique pourrait être particulièrement utile pour entrer en contact avec les personnes plus difficiles à atteindre comme les HSH.

L'**approche pluridisciplinaire** est particulièrement bienvenue dans le domaine de la migration où les situations des personnes sont complexes à plusieurs égards (sur le plan juridique, socio-économique, médical, etc.) et nécessitent d'acquérir des savoirs spécifiques. Dans le domaine de soins aux PM, la pluridisciplinarité des équipes de travail revêt une importance cruciale. En effet, ces soins nécessitent des compétences et connaissances plurielles (cliniques, relationnelles, juridiques, administratives,

linguistiques, transculturelles, etc.). Comme cela a déjà été relevé (Durieux-Paillard & Jackson, 2019, p. 481), « le travail en équipe et en réseau multi et interdisciplinaire (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, juristes, etc.) contribue grandement à la qualité de la prise en charge, pour autant que la barrière linguistique soit surmontée et que l'accès aux soins de ces patients soit comparable à celui de la population générale ».

Outils

Au niveau des outils, c'est essentiellement lors d'**entretiens** (individuels, de couple et collectifs, comme nous l'avons vu) que l'écoute et la reconnaissance des besoins des PM en santé globale se matérialisent.

Pour les PM qui ne comprennent pas la langue locale (ou l'anglais), l'**interprétariat**, nous l'avons vu aussi, constitue la pierre angulaire des interventions. Le recours à des interprètes communautaires est recommandé dans le guide à l'usage des professionnel-le-s « Le conseil en santé sexuelle et reproductive pour les migrantes et les migrants. Guide à l'usage des professionnel-le-s » (Santé sexuelle suisse, 2014), où les avantages d'un tel service sont clairement détaillés.

Le rôle d'interprète est autant crucial que difficile, vu les sujets intimes abordés (sexualité, VIH/IST, etc.). D'où l'importance de préparer et former des interprètes aux thèmes de la sexualité et la santé sexuelle, mais également des OSIEG et de la migration. Cela leur permettrait, entre autres, de prendre conscience de leurs propres représentations sur les sexualités et les IST. Il serait également utile d'organiser des groupes de travail avec les interprètes d'une même langue, pour qu'il-elle-s puissent échanger sur les termes qu'il-elle-s connaissent dans le domaine de la sexualité. Le choix d'un-e interprète doit tenir compte des caractéristiques de la personne en présence (genre, OSIEG, origine ethnique, etc.) et de ses souhaits.

Les recherches scientifiques, à la fois quantitatives et qualitatives, sont également utiles dans l'identification des besoins des PM.

Mesures

En matière de mesures, ce que les PM attendent c'est une **écoute empathique** et des **démarches confidentielles**, voire **anonymes** quand cela est possible. Ces dimensions sont particulièrement importantes pour les personnes en situation irrégulière en Suisse, mais aussi pour celles qui souhaitent cacher des aspects de leur sexualité à leurs proches, que ce soit aux partenaires ou aux parents.

Une attente exprimée notamment par les PM appartenant aux minorités de genre et sexuelles, ainsi que celles actives dans le travail du sexe, est la **bienveillance** et le **non jugement**, ce qui semble moins acquis en milieu médical que social et associatif. Il s'agit donc de renforcer et élargir une approche positive et non-jugeante de la sexualité, conformément à la Déclaration communautaire de Paris (2017) (v. point 7 de « Ce que nous demandons à la communauté médicale »), mais également des autres pratiques et expériences (migratoires, spirituelles, religieuses, culturelles, etc.) concernant les PM. Cela revient à rompre avec des approches ethno-hétéro-cis-centrées.

Institutions

Parmi les institutions qui ont un rôle à jouer dans la compréhension et la reconnaissance des besoins des PM en santé globale on retrouve celles qui travaillent en première ligne dans la prévention contre le VIH/IST comme les antennes régionales de l'ASS, les centres de santé sexuelle SSCH, les Checkpoints, les

hôpitaux (services des maladies infectieuses et services pour PM ou vulnérables), mais aussi beaucoup d'ONGs œuvrant dans les milieux du travail du sexe, de l'asile, de la migration, de la traite, des personnes LGBTQI+ et sans-papiers.

Au niveau des **Checkpoints**, l'enquête 1 a révélé les difficultés des ACT d'atteindre les PM en situation de vulnérabilité. Dans l'enquête 2, la seule personne qui a fréquenté un Checkpoint s'est montrée très critique face à l'accueil qu'elle y a reçu. Comme cette personne a également participé à l'enquête 3, elle revient sur ces aspects critiques lors de la discussion avec un ACT. Dans le cadre de son expérience dans un Checkpoint, elle n'a pas apprécié que, d'emblée, on lui ait donné une tablette électronique et qu'on l'ait obligée à répondre à « *plein de questions* » qu'elle a trouvées « *bizarres* » (il s'agit du questionnaire BerDa)²⁵. Elle critique le fait qu'on n'ait pas pris le temps de l'accueillir, de lui demander comment elle va, comment elle se sent. Le fait qu'on lui tende tout de suite une tablette l'a fait sentir comme si on la traitait « *comme une machine qui entre dans une fabrique* ». C'est pour cette raison, que cette personne qualifie les Checkpoints de « *fabriques de textiles* », parce que selon elle, chaque membre de l'équipe a un rôle et fait quelque chose :

D'abord il y a le réceptionniste, et puis tu entends toujours la musique techno qui vient... c'est une ambiance un peu bizarre, parce que tu penses pas que tu es venu pour un problème de santé, mais tu es venu dans un club... et puis le deuxième il vient et il te donne la tablette, avec les questions bizarres. Et puis il y a le médecin... mais là aussi c'était un peu... c'était un autre sentiment. [...] Pour qu'on se sente bien, il faut communiquer avec humanité, et pas avec la technique comme la tablette, le dossier... pour eux on est un dossier, mais nous sommes des humains ! (PM)

Selon cette PM, dans leur forme actuelle, les Checkpoints ne sont **pas adaptés à l'accueil de personnes issues de la migration**. Ces données, qui demanderaient à être approfondies dans une enquête ciblée sur les besoins des PM ayant des pratiques sexuelles non exclusivement hétérosexuelles et/ou des identités de genre non-cisgenres, ont soulevé la question de savoir si la création de **Checkpoints-migration** serait pertinente. Cette question a été débattue dans un binôme et au sein du groupe PARTEN.

Les deux personnes réunies en binôme expriment leurs réticences quant à la création de telles structures. L'ACT, une femme, s'interroge sur la fréquentation de celles-ci par les PM qui auraient encore plus peur de croiser des personnes de leurs communautés ethniques. Elle relève également la dimension stigmatisante à vouloir séparer les personnes suisses ou établies en Suisse des PM et trouve cela défavorable à l'intégration de celles-ci. En revanche, elle plaide pour une approche plus inclusive dans les Checkpoints, tenant mieux compte des spécificités des PM, comme par exemple leurs difficultés linguistiques et la nécessité d'avoir un personnel plurilingue ou des interprètes. La PM partage cet avis :

Moi je pense qu'il faut s'adapter aux gens. Parce que nous, les (origines, Europe de l'Est), quand on vient en Suisse, on est déjà montrés du doigt et si en plus on va dans des structures

²⁵ Le questionnaire BerDa est un outil électronique d'anamnèse, de conseil et de déclaration mis au point par l'OFSP : « Afin de garantir un haut niveau de qualité des conseils émis par les centres VCT de Suisse, l'OFSP a développé, sous le nom de BerDa, un outil électronique. Sur la base d'un questionnaire destiné à la clientèle, BerDa fournit aux conseillers et conseillères les réponses de la personne en consultation. Il propose également une série de recommandations de portée générale sur les tests VIH/IST et permet ainsi de structurer la consultation. Les données statistiques, récoltées de manière anonyme, sont à disposition des centres VCT pour améliorer leur qualité et sont utilisées pour observer les différentes tendances en Suisse » (<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/freiwillige-beratung-und-testung.html>, consulté le 14.07.2021).

qui sont juste pour nous ou les autres migrants, ça va stigmatiser encore plus. Mais il faut faire des choses adaptées. (PM)

Dans le groupe PARTEN, les avis sont partagés. Certaines personnes plaident pour l'adoption d'une approche inclusive au sein des structures déjà existantes, alors que d'autres, tout en reconnaissant cela comme une situation idéale, défendent davantage la création de Checkpoints-migration. La réflexion sur ce point spécifique doit donc se poursuivre, en impliquant les différentes structures et personnes concernées, à la fois des PM et des ACT.

Parallèlement à une démarche d'ouverture des Checkpoints envers les PM, l'approche inclusive à l'égard des personnes se reconnaissant dans des OSIEG minoritaires peut être améliorée dans les structures de santé pour les PM. Cela concerne par exemple les services de santé en contexte hospitalier (pour les populations migrantes et les populations en situation de vulnérabilité), les services de soins pour les personnes sans-papiers, sans oublier les urgences. En effet, le recours des PM aux services d'urgence plutôt qu'aux médecins généralistes a déjà été documenté, y compris en Suisse (Maillefer et al., 2019).

Pour revenir et conclure sur les institutions impliquées dans la compréhension des besoins des PM, à toutes celles actives dans le terrain s'ajoutent les institutions de recherche (Universités, Hautes Ecoles, etc.), l'OFSP et la Commission fédérale pour les questions liées aux infections sexuellement transmissibles (CFIST) qui, à travers leurs études, réflexions et recommandations, participent à l'identification des besoins des PM en santé globale.

7.3 Informer les PM sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST

Objectif général 2 : Informer les PM sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST				
Préalable : objectif général 1 (Comprendre les besoins des PM en santé globale)				
Objectifs spécifiques	Approches	Outils	Mesures	Institutions
<ul style="list-style-type: none"> • Informer les PM sur les droits sexuels • Informer les PM sur la santé sexuelle • Informer les PM sur le VIH/IST (types d'IST, modes de transmission, symptômes, etc.) • Informer les PM sur la prévention VIH/IST (préservatifs, tests de dépistage, autotests, traitements, PEP, PrEP, TasP, U=U) et les offres institutionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé globale • Inclusive • Intersectionnelle • Centrée sur la personne • Communautaire (→ partenariat avec les PM & formation des pairs) • Proximité • Pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Sites internet • Réseaux sociaux (Facebook, Instagram, YouTube, Twitter, etc.), médias communautaires et applications de rencontres sexuelles (Grindr, Hornet, Scruff, etc.) • Campagnes nationales et internationales • Brochures • Vidéos • Entretiens • VCT • Séances d'informations collectives dans le domaine de l'asile (centres d'enregistrement et foyers d'hébergement), du travail du sexe, de l'école, etc. • Campagnes clientèle TS • e-Plateforme nationale VIH/IST et migration 	<ul style="list-style-type: none"> • Information accessible (diversification des canaux de diffusion) • Information compréhensible (plurilinguisme, langage simplifié, interprétariat) • Information adaptée aux milieux (HSH, travail du sexe, sans-papiers, etc.) et aux minorités ethniques, de genre, sexuelles, etc. (connaissances, représentations, rapports de pouvoir et communications sur des sujets intimes) 	<ul style="list-style-type: none"> • OFSP • CFIST • SSCH et centres de SS • ASS et antennes régionales • Checkpoints • Hôpitaux • Autres structures médicales ambulatoires • Autres ONGs (milieux travail du sexe, asile, migration, LGBTQI+, sans-papiers, traite)
				<ul style="list-style-type: none"> • OFSP

Objectifs spécifiques

Informers les PM sur les droits sexuels représente la base pour pouvoir intervenir sur les problèmes de santé sexuelle, et parmi ceux-ci, de VIH/IST. Ils indiquent que toute personne a le droit de vivre sa sexualité avec plaisir, sans contrainte, discrimination ou violence. Comme précisé dans le cadre « Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ » de l'OFSP (2016a), cela est bien entendu valable également pour les PM.

En plus des droits sexuels, qui garantissent une approche positive et respectueuse de la sexualité, il s'agit d'**informer** les PM sur les (autres) problématiques de **santé sexuelle**, comme la contraception, les grossesses et les violences sexuelles.

Viennent ensuite les informations sur le VIH/IST. Ici, plus d'efforts devraient être déployés pour faire connaître les IST autres que le VIH aux PM. Nous l'avons vu, autant les données récoltées chez les ACT que chez les PM suggèrent que les **informations sur les IST autres que le VIH sont largement méconnues par les PM**, sauf par les personnes formées dans la santé, par les personnes travailleuses du sexe et par les personnes appartenant aux minorités de genre et sexuelles.

Les efforts pour faire connaître les **différents types de prévention** aux PM sont également à poursuivre. Si le préservatif et les tests de dépistage sont bien connus, il en va autrement pour **l'autotest, la PEP, la PrEP et le TasP**. Les interventions visant à informer les PM sur ces pratiques préventives et les offres institutionnelles en lien avec celles-ci doivent être renforcées. De manière générale, l'information sur les **avancées médicales** contribue à la déstigmatisation des personnes vivant avec le VIH, c'est notamment le cas pour l'information U=U, et à la réduction des diagnostics dits tardifs. Nous l'avons vu, et d'autres études avant Mi-STI l'ont également mis en lumière (Hachfeld et al., 2019), la peur de recevoir un résultat positif et d'être rejeté-e par les proches et/ou les partenaires sexuel-le-s, voire expulsé-e de la Suisse pour les personnes avec un permis de séjour précaire ou sans permis, peut dissuader les PM de se soumettre à des tests de dépistage.

Approches

Les approches préconisées pour cet objectif sont les mêmes que pour l'objectif précédent (santé globale, inclusive, intersectionnelle, centrée sur la personne, communautaire, proximité, pluridisciplinaire).

Outils

Plusieurs outils peuvent être mobilisés pour informer les PM sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST.

Les **sites internet des institutions qui sont en première ligne dans la prévention du VIH/IST** (OFSP, ASS, SSCH), mais aussi les ONGs de différents milieux (travail du sexe, HSH), y compris des sites spécifiques créés par ces ONGs (comme par exemple Call me to play ou l'application Lexi dans le domaine du travail du sexe) sont des sources d'information incontournables.

Des **campagnes nationales et internationales**, sur le modèle de la campagne LOVE-LIFE²⁶ financée par l'OFSP et réalisée en partenariat avec l'ASS et SSCH, ont déjà fait leurs preuves. En termes de diffusion,

²⁶ « La campagne LOVE-LIFE a pour objectif de fournir des informations sur les risques du VIH et des IST et sur les moyens de se protéger. Elle montre comment l'infection par le VIH peut être évitée. Elle fournit également des informations sur les autres infections sexuellement transmissibles (IST) ». <https://www.lovelife.ch/fr/campagne/> [consulté le 18.06.2021].

elles peuvent être relayées sur les sites internet des institutions actives dans le domaine de la prévention au VIH/IST, mais aussi sur les réseaux sociaux, à l'instar de la campagne #NormalizingHIVChallenge où les personnes vivant avec le VIH affichent leur indétectabilité.

Dans une optique de diversification des canaux et des supports, l'utilisation des **réseaux sociaux peut être renforcée**, tout en veillant aux risques de stigmatisation de certaines catégories de personnes. Il s'agit de trouver des influenceur·e·s communautaires, des leaders d'opinion dans la population migrante, prêt·e·s à relayer les informations sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST sur les réseaux sociaux, comme expérimenté dans la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19.

Il s'agit également d'utiliser des **applications plus ciblées sur les rencontres sexuelles** (comme par exemple Grindr, Hornet, Scruff, Her, Tinder). Des études menées aux USA ont déjà suggéré l'utilité de l'application Grindr pour promouvoir le dépistage des IST et augmenter l'adoption de la PrEP chez les HSH (Hoenigl et al., 2020). L'utilité de Grindr avait même déjà été discutée en Suisse il y a quelques années, dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme national pour la PrEP (Hampel et al., 2017).

L'idée serait ici d'insérer des annonces contenant des messages de prévention sur les photos de profil de leaders d'opinion sélectionné·e·s et disponibles à collaborer avec les centres de santé sexuelle. Un binôme qui a participé à l'enquête 3 a suggéré que les Checkpoints insèrent des annonces payantes sur Grindr :

ACT : Par exemple, si on voulait faire de la pub pour Checkpoint, pour Victor²⁷... est-ce que Victor va sur Grindr, lorsqu'il arrive en Suisse, ou non ? Quelqu'un qui quitte son pays et arrive en Suisse, est-ce qu'il connaît vite Grindr ou pas ?

PM : Non, moi je connaissais pas. C'est mon ami gay qui m'a fait connaître.

ACT : Mais ça, c'est bien pour faire de la publicité sur Grindr pour des centres de santé sexuelle ?

PM : Ah oui, oui. Moi je trouve ça très bien.

Lorsqu'elle est arrivée en Suisse, cette personne a connu Grindr à travers un ami gay de la même origine ethnique. Parmi les 6 personnes s'identifiant dans une OSIEG autre qu'hétérosexuelle et cisgenre, 4 personnes ont évoqué l'usage d'applications de rencontres sexuelles. La piste de la publicité des centres de santé sur les applications de rencontre pourrait donc être prometteuse pour atteindre les HSH issus de la migration et les PM transgenres. Pour l'explorer, une enquête de faisabilité serait pertinente.

D'autres outils de transmission d'informations sont les brochures et, encore mieux, les vidéos, qui sont accessibles aux personnes illettrées, ainsi que les entretiens, notamment dans le cadre de VCT.

Sur un plan plus collectif, plusieurs expériences positives de **séances d'information collectives** ont été menées par des ACT, que ce soit dans le **domaine de l'asile** ou de **l'école**, notamment auprès de jeunes comme les MNA. Selon leurs dires, ces séances collectives permettraient de libérer la parole sur la sexualité, de confronter les représentations et parfois même, les pratiques sexuelles.

Des séances d'information collectives sont également proposées dans le **milieu du travail du sexe**. Dans le canton de Genève, depuis octobre 2018, la participation à une séance d'information collective est obligatoire pour les personnes travailleuses du sexe. À l'issue de cette séance, elles reçoivent une attestation de participation qu'elles doivent présenter à la police pour l'obtention du permis d'exercer la profession. Cette séance permet aux personnes travailleuses du sexe de recevoir les informations de base

²⁷ Prénom fictif de la personne protagoniste de la vignette discutée par ce binôme.

sur le travail du sexe, la prévention du VIH/IST, mais aussi, de manière plus large, le système du travail et de santé en Suisse. Selon les expériences restituées par une ACT ayant participé à l'enquête 1, ces séances permettent également de commencer à créer du lien avec les personnes travailleuses du sexe, de telle manière que, lorsque les intervenant-e-s vont sur le terrain (rue, salon, etc.), il-elle-s sont accueilli-e-s avec moins de méfiance par les personnes travailleuses du sexe. Les séances d'information auraient donc une double efficacité : transmission d'informations et création du lien. Reste à voir si le modèle de ces séances obligatoires peut être adopté dans les autres cantons et s'il est souhaité par les intervenant-e-s dans ce domaine. Une enquête de faisabilité serait utile à cet effet.

Enfin, pour compléter ces outils d'information, la **création d'une plateforme électronique (e-plateforme) nationale VIH/IST et migration** pourrait être utile, autant pour les PM que les ACT qui travaillent dans ce domaine. En effet, certaines PM rencontrées se sont plaintes de ne pas savoir où trouver les informations relatives à la santé sexuelle. Une telle plateforme permettrait de centraliser les informations concernant les offres de prévention, mais aussi l'accès aux prestations, les bases juridiques, les couvertures des caisses maladies, etc. Si les informations étaient centralisées à un seul endroit, le plurilinguisme (v. point suivant) serait également plus facile à assurer.

Quant aux ACT, l'enquête auprès de ces personnes a mis en lumière le travail de bricolage auquel elles s'adonnent pour trouver des solutions adaptées à chaque situation. Cela requiert souvent, en amont, une recherche d'informations pointues dans de nombreux domaines, dont celui de la migration, de l'asile, du système de santé, du système des assurances, du travail, afin d'identifier les possibilités d'intervention auprès des PM, notamment celles qui cumulent les vulnérabilités. Une telle plateforme permettrait donc aux ACT de retrouver ces informations réunies en un seul endroit.

Concrètement, il s'agirait pour l'OFSP de mettre à disposition une carte interactive de la Suisse que les personnes concernées, autant les PM que les ACT qui travaillent dans les domaines concernés, pourraient utiliser pour connaître les différents droits dans les différents domaines (humains, sexuels, asile, santé, éducation, travail, etc.), l'application de ces lois au niveau cantonal et les différentes offres de prévention et de soins à disposition dans chaque canton. Si l'utilité d'une telle plateforme est reconnue, il faudra poursuivre la réflexion pour son opérationnalisation. Une piste pourrait être celle de collaborer avec des juristes spécialisés en droit de la santé ayant les compétences requises pour créer et gérer de telles cartes interactives.

Mesures

Pour atteindre les PM en situation de vulnérabilité, l'information doit être accessible. D'où l'importance de diversifier les canaux et les supports de diffusion.

L'information doit également être compréhensible pour des personnes allophones. À cet effet, la garantie de **plurilinguisme** est primordiale. On le sait, la mise à disposition d'informations en plusieurs langues renforce les compétences des PM dans le domaine de la santé (ce qui, dans le milieu médical, est appelé « health literacy ») et améliore la base de communication avec le personnel soignant, comme en attestent les expériences positives recensées dans le cadres des Hospitals for Equity (anciennement Migrant Friendly Hospitals) (Pluess & Zellweger, 2013). Or, à titre d'exemple, le site internet de SSCH, ainsi que celui de la plateforme de soins de santé pour les sans-papiers sont en français, allemand et italien ; le site de l'ASS est en français, allemand, italien et anglais. Cela montre les efforts déjà produits dans un État plurilingue comme la Suisse, mais si on veut atteindre les PM allophones, il faudrait pouvoir mettre à disposition les informations dans d'autres langues. À signaler que plusieurs types de brochures produits par SSCH, l'ASS

et d'autres ONGs notamment dans le domaine du travail du sexe et de l'asile LGBTQI+, sont proposées dans plus de 20 langues.

En plus de cela, il serait utile d'avoir recours au **langage simplifié**. C'est une pratique courante dans le domaine du handicap qui a déjà fourni ses preuves²⁸ et qui a déjà été adoptée dans d'autres domaines, comme celui de l'intégration, dont un exemple concret est la brochure de bienvenue dans le canton de Fribourg (État de Fribourg, 2019), ou de la santé, dans la gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19.

L'information doit également être adaptée aux **différents milieux** : dans nos enquêtes, nous avons touché les milieux HSH, travail du sexe et sans-papiers, mais d'autres milieux sont à prendre en compte, comme le milieu des utilisateur·rice·s de drogues intraveineuses ou le milieu pénitencier. Prenons l'**exemple du milieu du travail du sexe**. Ici la transmission d'informations concerne plusieurs axes, dont le VIH/IST, la pratique du travail du sexe en soi, le système du travail et de la santé en Suisse. Par ailleurs, plusieurs ONGs actives dans ce domaine proposent des cours de langue appliqués aux situations que les personnes travailleuses du sexe peuvent rencontrer dans l'exercice de leur travail. Cette pratique favorise l'empowerment de ces personnes (acquisition des connaissances de leurs droits et des compétences à les faire valoir) et réduit, partant, leur exposition aux risques de pratiques contraintes, dont les rapports sexuels sans préservatif.

L'information dans le milieu du travail du sexe soulève également la question des destinataires de l'information, au-delà des personnes qui exercent le sexe tarifé. Par exemple, une séance d'information pour les gérant·e·s d'établissements pour le travail du sexe (salons érotiques, salons de massages, etc.) est également une pratique qui pourrait être utile pour les sensibiliser aux droits des personnes qu'il·elle·s engagent (en lien avec les permis de séjour et les permis de travail) et à transmettre les informations relatives à la prévention du VIH/IST. Un travail d'information auprès de la clientèle pour la sensibiliser à la prévention du VIH/IST, mais aussi au respect du cadre contractuel du sexe tarifé, pourrait également être envisagé, comme cela a été initié en 1996 par l'ASS sur mandat de l'OFSP (Balthasar & Dubois-Arber, 2007).

Enfin, l'information doit être **adaptée aux minorités** (ethniques, de genre, sexuelles, religieuses, etc.). Ceci signifie que, dans la mesure du possible, elle doit tenir compte de leurs connaissances, représentations, manières de communiquer sur des sujets intimes, sans oublier les rapports de pouvoir dans lesquels elles sont prises.

Institutions

Au niveau des institutions, on retrouve les mêmes que celles évoquées pour l'objectif précédent (OFSP, CFIST, SSCH et centres de SS, ASS et antennes régionales, Checkpoints, hôpitaux et autres structures médicales ambulatoires, ONGs dans les milieux du travail du sexe, de l'asile, de la migration, des LGBTQI+, des sans-papiers et de la traite).

²⁸ www.langage-simplifie.ch

7.4 Offrir aux PM une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels

Objectif général 3 : offrir aux PM une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels				
Préalable : objectif général 1 (Comprendre les besoins des PM en santé globale)				
Préalable : objectif général 2 (Informar les PM sur la santé sexuelle, les droits sexuels et le VIH/IST)				
Obj. spécifiques	Approches	Outils	Mesures	Institutions
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir l'utilisation du préservatif 	<ul style="list-style-type: none"> Santé globale Inclusive Intersectionnelle Communautaire (pairs → formation) Pluridisciplinaire Travail de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> Sites internet Réseaux sociaux, médias communautaires et applications Brochures Vidéos VCT Campagnes de promotion (LOVE-LIVE) Mise à disposition de préservatifs Séances collectives asile Séances collectives TS Campagnes clientèle travail du sexe 	<ul style="list-style-type: none"> Information accessible, compréhensible et adaptée aux milieux et minorités Diversification des lieux d'accès aux préservatifs Gratuité/prix avantageux des préservatifs 	<ul style="list-style-type: none"> CFIST OFSP ASS SSCH Checkpoints Hôpitaux Autres structures médicales ambulatoires Autres ONGs (milieu travail du sexe, asile, migration, LGBTQI+, sans-papiers)
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir les tests de dépistage (y compris autotests) 		<ul style="list-style-type: none"> Sites internet Réseaux sociaux, médias communautaires et applications Brochures Vidéos VCT Séances collectives asile Séances collectives travail du sexe Campagnes de tests VIH gratuits (Get tested) Campagnes de tests pour d'autres IST à prix avantageux (Starman, Super) 	<ul style="list-style-type: none"> Information accessible, compréhensible et adaptée aux milieux et aux minorités Gratuité/prix avantageux des tests de dépistage Diversification des lieux des VCT (dans les murs et hors les murs, milieu médical et associatif) Garantie de confidentialité Garantie d'anonymat Garantie de soins en cas de résultats positifs (→ rassurer les PM avec permis précaires ou sans permis) 	<ul style="list-style-type: none"> CFIST OFSP ASS SSCH Checkpoints Hôpitaux Autres structures médicales ambulatoires Autres ONGs

Objectif général 3 : offrir aux PM une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels				
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la PEP 		<ul style="list-style-type: none"> Sites internet Réseaux sociaux, médias communautaires et applications Brochures Vidéos Séances collectives asile Séances collectives TS VCT 	<ul style="list-style-type: none"> Information accessible, compréhensible et adaptée aux milieux et minorités Gratuité/prix avantageux de la PEP pour PM non affiliées à une CM Garantie de confidentialité Garantie d'anonymat 	<ul style="list-style-type: none"> CFIST OFSP ASS SSCH Checkpoints Hôpitaux Autres ONGs
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir la PrEP : décision politique quant aux domaines, populations-clé → recherches scientifiques ciblées sur la PrEP 		<ul style="list-style-type: none"> Sites internet Réseaux sociaux, médias communautaires et applications Brochures Vidéos Séances collectives asile Séances collectives TS Campagnes nationales VCT Suivi médical adapté aux PM itinérantes 	<ul style="list-style-type: none"> Information accessible, compréhensible et adaptée aux milieux et aux minorités Prix avantageux de la PrEP pour PM en situation de précarité socio-économique 	<ul style="list-style-type: none"> CFIST OFSP ASS SSCH Checkpoints Hôpitaux Autres ONGs (milieux LGBTQI+, travail du sexe, autres) Universités, Hautes Ecoles et autres instituts de recherche
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir le TasP 		<ul style="list-style-type: none"> Sites internet Réseaux sociaux, médias communautaires et applications Brochures et vidéos Séances collectives asile Séances collectives TS Campagnes nationales VCT 	<ul style="list-style-type: none"> Information accessible, compréhensible et adaptée aux milieux et aux minorités 	<ul style="list-style-type: none"> CFIST OFSP ASS SSCH Checkpoints Hôpitaux Autres ONGs
<ul style="list-style-type: none"> Garantir l'accès et la continuité du traitement ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Santé globale Pluridisciplinaire Transnationale 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi médical et administratif adapté aux PM en situation de vulnérabilité juridique et socio-économique et en itinérance 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge franchise et quote-part pour PM en situation de précarité Aide démarches administratives pour affiliation à CM Gratuité traitement ARV PM sans CM 	<ul style="list-style-type: none"> CFIST OFSP ASS Checkpoints Hôpitaux

Objectif général 3 : offrir aux PM une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels				
<ul style="list-style-type: none"> • Prévenir les violences sexuelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé globale • Inclusive • Intersectionnelle • Communautaire (pairs → formation) • Pluridisciplinaire • Travail de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Sites internet • Réseaux sociaux et médias commun. • Brochures • Vidéos • Campagnes • VCT • Consultations gynécologiques et autres consultations médicales • Séances collectives TS • Cours de langues appliqués au TS • Campagnes clientèle de TS 	<ul style="list-style-type: none"> • Information tout public • Information accessible, compréhensible, sensible et adaptée aux personnes victimes 	<ul style="list-style-type: none"> • OFSP • ASS • SSCH • Checkpoints • Hôpitaux et autres structures ambulatoires • Centres LAVI • Autres ONGs (milieux travail du sexe, asile, migration, LGBTQI+, sans-papiers, traite)
<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre et soutenir les PM victimes de violences sexuelles 		<ul style="list-style-type: none"> • Sites internet • Réseaux sociaux et médias commun. • Brochures • Vidéos • Campagnes • VCT • Consultations gynécologiques et autres consultations médicales • Séances collectives TS • Cours de langues appliqués au TS • Accompagnement, orientation 	<ul style="list-style-type: none"> • Information accessible, compréhensible, sensible et adaptée aux personnes victimes • Soutien adapté aux personnes concernées • Permanences nocturnes dans les structures pour personnes travailleuses du sexe 	<ul style="list-style-type: none"> • ASS • SSCH • Checkpoints • Hôpitaux et autres structures ambulatoires • Centres LAVI • Autres ONGs (milieu travail du sexe, asile, migration, LGBTQI+, sans-papiers, traite)
<ul style="list-style-type: none"> • Atteindre et soutenir les PM victimes de traite sexuelle 		<ul style="list-style-type: none"> • Sites internet • Réseaux sociaux et médias commun. • Brochures • Vidéos • Séances collectives TS • VCT • Consultations gynécologiques et autres consultations médicales • Accompagnement, orientation 	<ul style="list-style-type: none"> • Information accessible, compréhensible, sensible et adaptée aux personnes victimes • Soutien adapté aux personnes concernées 	<ul style="list-style-type: none"> • ONGs milieu de la traite • ASS • SSCH • Checkpoints • Hôpitaux et autres structures ambulatoires • Autres ONGs

Pour cet objectif général, nous reprenons les objectifs spécifiques les uns après les autres et, quand cela s'applique, nous présentons les approches, outils, mesures et institutions spécifiques par rapport à ceux présentés dans les objectifs généraux précédents. Néanmoins, il nous semble important d'insister d'emblée sur l'importance cruciale de l'approche intersectionnelle dans l'offre d'une prévention diversifiée. En effet, afin de promouvoir des mesures adaptées à chaque PM, il est primordial de ne pas réduire celle-ci à sa condition de migrante. Nous l'avons vu, toute personne cumule plusieurs identités, caractéristiques, statuts, conditions et ne saurait pas être réduite à l'une ou l'autre de celles-ci. En ce sens, le document « Le conseil en santé sexuelle et reproductive pour les migrantes et les migrants. Guide à l'usage des professionnel·le·s de la santé » (Santé sexuelle suisse, 2014) devrait être entièrement révisé, car il ne reflète pas la diversité des PM, notamment sur le plan des OSIEG.

Promouvoir l'utilisation du préservatif

Parmi les outils mis en place pour promouvoir l'utilisation du préservatif, en plus de ceux déjà présentés, l'on peut évoquer la **distribution de préservatifs**. Une question se pose quant à l'utilité de **campagnes adressées à la clientèle de personnes travailleuses du sexe**, à l'instar du programme Don Juan présenté dans l'objectif précédent. Ce point a été soulevé par une ACT et discuté au sein d'un binôme (enquête 3). L'outil a retenu l'intérêt de l'ACT, alors que la personne travailleuse du sexe s'est montrée beaucoup plus mitigée, moins persuadée de l'utilité de ce type d'intervention. Pour elle, il est plus important d'augmenter l'agentivité, l'autodétermination des personnes travailleuses du sexe que de mettre en œuvre des actions ciblées sur la clientèle. Comme cela, les personnes travailleuses du sexe ne dépendent pas des intentions de la clientèle, mais sont dotées de ressources et compétences pour faire valoir leur choix de protection face aux risques d'IST.

En termes de mesures, il faudrait pouvoir garantir la **diversification des lieux d'accès aux préservatifs**, ainsi que des **prix avantageux**, voir la **gratuité** pour les personnes plus précaires.

Promouvoir les tests de dépistage

Les tests de dépistage sous forme de **VCT** ont déjà fait leurs preuves auprès des populations migrantes en Suisse (Wetzel, Jeannot, et al., 2019). Pratique plébiscitée par tou·te·s les ACT rencontré·e·s pour informer les PM et faire de la prévention par rapport au VIH/IST, elle l'est également pour aborder d'autres questions sur la santé sexuelle et la sexualité, comme les violences, les MGF, les grossesses, le consentement, les droits sexuels, etc. Le VCT requière une approche qui tienne compte des connaissances mais aussi des représentations que les personnes ont de la sexualité, de la santé et de la maladie, ainsi que des éventuelles difficultés à parler de sujets intimes. Le recours à des interprètes formé·e·s sur ces sujets est nécessaire pour les personnes qui ne comprennent pas la langue utilisée dans les consultations. Autrement dit, les VCT dans le domaine de la migration doivent être concrètement **adaptés aux spécificités des PM**, comme cela a été relevé dans une publication récente en Suisse : « une consultation VCT *migrant friendly* requiert un temps d'entretien suffisant, un coût adapté à la précarité des PM, le recours à des professionnels de santé polyglottes ayant de bonnes compétences transculturelles et le recours à des interprètes spécifiquement formés pour traduire sans gêne une thématique complexe et possédant une aisance relationnelle favorisant la discussion sur les questions de sexualité avec les patients » (Wetzel, Jeannot, et al., 2019, p. 751).

L'**approche centrée sur la personne** acquière ici tout son sens, car elle tient compte des caractéristiques de la PM (origine ethnique, identité de genre, orientation sexuelle, etc.), de ses connaissances, pratiques

sexuelles et préventives, expériences et représentations (des sexualités, de la santé, de la maladie, etc.). Elle met au centre l'écoute de ce que la personne souhaite partager et l'empathie, afin d'identifier ses besoins et y répondre ou l'orienter vers d'autres structures. En revanche, l'utilisation du questionnaire BerDa lors des VCT ne fait pas consensus. Celui-ci est considéré comme inapproprié, tant par certain·e·s ACT que par des PM qui l'ont thématiqué, car perçu comme trop direct et intrusif, « froid » et « technique » selon les propos d'une personne interviewée qui s'est vue invitée à le remplir sur une tablette électronique.

Si les tests de dépistage font l'unanimité auprès de toutes les personnes que nous avons rencontrées, il n'en va pas de même pour les autotests. Peu thématiqués par les ACT interviewé·e·s, les autotests n'ont été mentionnés que par une PM qui en a utilisé un une fois dans son pays d'origine au moment où elle attendait la confirmation de son test de dépistage en laboratoire. Leur potentiel auprès des PM en situation de vulnérabilité reste à être investigué. Plusieurs questions se posent, dont la compréhension de la notice d'emballage, l'aisance dans l'exécution du test, les coûts, mais aussi les conditions de vie (la disponibilité ou pas d'une chambre à soi pour effectuer le test en toute discrétion), la conscience des risques encourus et la peur des conséquences du résultat sur le plan légal, personnel et relationnel.

L'idée de tests à domicile sur abonnement, déjà traduite dans des projets pilotes en France et Allemagne, séduit également des ACT qui travaillent dans le domaine du VIH/IST en Suisse²⁹. Compte tenu de la mobilité et de la précarité juridique et socio-économique des PM en situation de vulnérabilités, cette pratique ne paraît cependant pas adaptée à leurs conditions de vie.

Quoiqu'il en soit, dans une optique de prévention diversifiée, il serait utile d'améliorer la promotion des **autotests**, pratique qui a déjà été suggérée comme option attractive pour améliorer l'accès au dépistage du VIH, et, partant, réduire les diagnostics dits tardifs, auprès des personnes d'origine subsaharienne qui vivent en Suisse (Hachfeld et al., 2019). La promotion des autotests permettra, à minima, de savoir pour quelles raisons les PM n'y ont pas recours : manque d'informations, prix (trentaine de francs), peur, manque de chez soi, etc. Pour saisir de manière systématique les raisons de non recours à l'autotest et améliorer la prévention sur ce point, une recherche-intervention serait particulièrement adaptée.

Pour ce qui est des outils, en plus de ceux déjà évoqués, on trouve ici les **Campagnes de tests VIH gratuits**, comme la campagne Get tested de l'ASS³⁰, particulièrement appréciées par les PM rencontrées. Cette campagne se donne comme objectifs d' « informer et sensibiliser au VIH et au sida, inciter à parler du VIH, renseigner sur les avantages à connaître son propre statut VIH, indiquer comment on peut se protéger et où l'on peut faire un test de dépistage, renseigner sur le mécanisme d'action des traitements médicamenteux »³¹. La campagne lancée en novembre 2020 a proposé un test VIH gratuit « pour les migrants qui viennent d'un pays à haut risque d'infection par le VIH ou qui ont un statut de résident non garanti ». Les informations sur le site sont disponibles en 7 langues (allemand, français, italien, espagnol, portugais, roumain et russe), ce qui montre l'effort consenti pour rendre cette campagne accessible à un grand nombre de PM. L'inclusion d'autres langues permettrait d'atteindre un éventail encore plus large de personnes, notamment celles en provenance de l'Afrique, du proche et moyen Orient, ainsi que de l'Asie.

Quant aux **autres IST**, depuis 2017, l'ASS lance régulièrement des campagnes pour des tests de chlamydia-syphilis-gonorrhée à des prix avantageux. À l'instar de « Starman » ou « Super », ces campagnes sont

²⁹ Voir l'article « Vaincre le sida sur abonnement » in Swiss Aids News 3, octobre 2019.

³⁰ www.gettested.ch

³¹ Idem

destinées aux HSH qui peuvent se faire tester pour 40-50 CHF. Il s'agit de campagnes qui sont évidemment bienvenues pour les PM, même si le prix reste inaccessible pour celles qui ont très peu de moyens financiers. Pour ces campagnes, des efforts supplémentaires de traduction dans des langues étrangères seraient bienvenus.

Pour ce qui est des mesures, la **diversification des lieux** où sont pratiqués les VCT est recommandée (dans les murs, hors les murs, en milieu hospitalier, associatif, etc.) et ce, malgré le fait que les dépistages hors murs (tests mobiles) fassent l'objet de controverses parmi les ACT rencontré·e·s. Si tou·te·s les ACT interviewé·e·s reconnaissent l'avantage pratique des VCT d'être directement sur les lieux fréquentés par les personnes visées, plusieurs réticences ont été exprimées. Les VCT effectués en milieu festif interrogent quant à la pertinence du contexte pour aborder des questions médicales, alors que les personnes sont présentes sur les lieux dans un but de divertissement. Quand, en plus de cela, les VCT sont effectués dans des contextes fréquentés par des communautés spécifiques, comme par exemple à l'occasion de l'African Swiss Festival, des réticences liées à la stigmatisation de ces communautés viennent s'ajouter.

La problématique de la confidentialité a également été soulevée. Il est plus difficile de garantir celle-ci en milieu ouvert (que ce soit dans les lieux de fête, dans les salons de massage dans le cadre du **travail du sexe**, dans des saunas ou autres lieux de rencontres sexuelles pour les HSH) que dans une structure médicale prévue à cet effet. Des craintes que les tests de dépistage installent un climat de suspicion, notamment dans le domaine du travail du sexe, ont été exprimées par des ACT rencontré·e·s, alors que cet aspect n'a pas été évoqué par les PM. Au contraire, plusieurs personnes travailleuses du sexe ont salué ces initiatives, comme cela a été le cas dans des enquêtes menées précédemment en Suisse, y compris auprès des personnes travailleuses du sexe transgenres (Biscontin et al., 2017).

En revanche, parmi les **HSH** rencontrés, aucun n'a mentionné avoir fait un **VCT hors les murs**. Donc, si ces formes de VCT ont déjà fait leurs preuves auprès de cette population (Biscontin et al., 2020; Biscontin et al., 2019), reste à établir dans quelle mesure elles sont valables également pour les HSH issus de la migration. Ces tests étant effectués dans les établissements identifiés comme « gay » (Biscontin et al., 2020) (saunas, sex clubs, bars, etc.) et dans les lieux de rencontre extérieurs (parcs, aires d'autoroute, etc.), il faudrait savoir si ces lieux sont fréquentés par des HSH issus de la migration. Par ailleurs, dans le cadre d'un projet pilote sur les VCT hors les murs, réalisé par un Checkpoint (Biscontin et al., 2020), aucune différence significative en termes de nationalité n'a été mise en évidence entre le profil des HSH usagers du Checkpoint en question et ceux ayant fait un dépistage dans le cadre du dispositif hors les murs et n'étant pas usagers de celui-ci. Cela confirme donc la difficulté à atteindre les HSH issus de la migration, une population très minoritaire au sein de ces structures médicales.

Une piste pourrait être celle de renforcer le travail de collaboration avec des **gate keepers**, personnes désignées en France par le terme « accompagnateurs communautaires ». Il s'agit de personnes qui partagent les mêmes caractéristiques démographiques ou les mêmes comportements à risque qu'un groupe spécifique. Dans le cadre du VCT auprès des HSH, par exemple, les accompagnateurs communautaires parviennent à atteindre les personnes plus à risque d'infection car ils connaissent la culture et les pratiques des HSH, et abordent plus aisément les questions relatives à l'homophobie et au rejet que ces derniers peuvent subir (Champenois et al., 2012; Di Ciaccio, 2019; Lorente et al., 2013).

Quoi qu'il en soit, l'**anonymat** et la **confidentialité** représentent les deux pièces maîtresses sans lesquelles le dispositif du VCT n'aurait pas le succès escompté auprès des PM, notamment celles qui ont un permis de séjour précaire et redoutent que celui-ci ne soit pas renouvelé en cas de résultat positif, celles qui sont en situation irrégulière et craignent d'être dénoncées et expulsées, et/ou celles qui, tout en ayant un

permis de séjour durable, appréhendent la stigmatisation et la discrimination au sein de leurs communautés (en lien avec leur origine ethnique, OSIEG, religion, etc.) en cas de résultat positif.

Les **prix avantageux** des tests de dépistage pour les PM en situation de précarité économique favorisent également l'accès de ces personnes à la prévention. Les coûts des tests de dépistage, tels que pratiqués aujourd'hui en Suisse, ne sont pas abordables pour elles. La contrainte de régler le paiement de la prestation directement sur place est aussi problématique.

Enfin, la **garantie des soins de santé** en cas de résultats positifs aux tests devrait être clairement indiquée lors des VCT. Les personnes en situation irrégulière que nous avons rencontrées ont exprimé leur peur de ne pas avoir accès aux soins (pour des raisons financières et/ou d'absence d'assurance médicale), voire d'être expulsées du territoire suisse. Les personnes en procédure d'asile ou ayant obtenu un permis de séjour, quant à elles, ont peur de l'impact d'un résultat positif sur leur futur en Suisse. Un binôme qui a participé à l'enquête 3, a insisté sur l'importance de donner des informations rassurantes sur l'accès aux soins dans le cadre de VCT auprès des PM nouvellement arrivées en Suisse. Il s'agit de les rassurer sur le fait qu'un résultat positif au test n'a aucun impact sur l'issue de leur demande d'asile et d'insister sur les avantages qu'elles ont de connaître leur statut sérologique, en les informant sur les avancées médicales.

Promouvoir la PEP, la PrEP et le TasP

Comme déjà évoqué dans l'objectif précédent, des efforts supplémentaires devraient être fournis pour faire connaître la **PEP**, en promouvoir l'usage et en favoriser l'accès. Celui-ci est particulièrement problématique pour les personnes dépourvues d'assurance médicale qui n'ont pas les moyens financiers d'assumer les coûts d'une PEP. Les outils, mesures et institutions pouvant être engagés dans ce travail sont les mêmes que ceux décrits pour la promotion des tests de dépistage.

Quant à la **PrEP**, les pratiques de terrain à l'égard des PM sont plutôt hétérogènes. On sait que la CFIST recommande la PrEP « uniquement à titre temporaire et pour les personnes sérieusement exposées au risque d'infection par le VIH et dans l'incapacité d'utiliser le préservatif de manière systématique » (OFSP, 2016b, p. 77). La commission part du principe que le rapport coût-efficacité de ce traitement n'est favorable que chez une minorité des HSH estimée à moins de 1000 en Suisse (OFSP, 2016b). On pourrait y ajouter qu'il s'agit de HSH qui peuvent assumer les coûts d'une PrEP, étant donné que le remboursement du suivi médical nécessaire à ce traitement n'est pas garanti dans le cadre de l'assurance médicale de base. Si depuis mars 2021 des médicaments génériques sont disponibles en Suisse au prix de 65 CHF environ pour 30 comprimés (ce qui revient à un traitement 10 fois moins cher que le précédent), à cela il faut encore ajouter les coûts des consultations médicales. Donc, on peut se demander quelle est la part de PM parmi les PrePeurs, comme on les appelle en France ?

Parmi les ACT que nous avons rencontré·e·s, les pratiques en matière de PrEP divergent. Un ACT travaillant dans un Checkpoint nous a dit ne pas proposer de PrEP aux HSH issus de la migration, car il s'agit d'un traitement qui n'est pas à leur portée d'un point de vue financier. Cela révèle les inégalités sociales de santé à l'égard de ces personnes, ce que cet ACT dénonce. D'autres ACT nous ont dit avoir parmi leurs patients quelques PM sous PrEP, mais il s'agit d'hommes en partenariat avec des hommes suisses et/ou en lien avec la communauté LGBTQI+. Leur niveau socio-économique est également jugé élevé. Selon nos informations, dans SwissPrePared, les HSH issus de la migration sont également nettement sous-représentés. Par ailleurs, les langues dans lesquelles est donné ce programme sont l'allemand, anglais, français et italien.

Nous l'avons vu, les HSH issus de la migration présentent des spécificités dont il importe de tenir compte dans les programmes et actions de prévention. Tout d'abord, ils sont nombreux à avoir subi des discriminations dans leur pays d'origine en lien avec leur orientation sexuelle, ce qui peut avoir un impact sur leurs comportements préventifs en Suisse, comme cela a déjà été montré dans d'autres études, dont l'enquête européenne EMIS³² (Pachankis et al., 2017; Pachankis et al., 2015). Ensuite, ces discriminations peuvent se poursuivre en Suisse au sein des communautés d'origine, ce qui amène les HSH issus de la migration à cacher leurs orientations et/ou pratiques sexuelles et à se maintenir à l'écart des lieux qui pourraient les révéler, comme les associations LGBTQI+ ou les services médicaux destinés à ces personnes. Par ailleurs, les HSH issus de la migration ne s'identifient pas forcément à la communauté LGBTQI+ présente en Suisse où les informations sur la PrEP circulent plus facilement. Enfin, étant nés et ayant grandi dans d'autres pays, ces HSH ne sont pas socialisés à la prévention telle qu'elle est conçue et mise en œuvre en Suisse (Maillefer et al., 2019).

Au-delà du cas des HSH issus de la migration, on relève un manque de profilage politique quant à la promotion de la PrEP auprès de personnes ne rentrant pas dans cette catégorie. On le sait, le profil des personnes éligibles pour une PrEP fait débat et soulève beaucoup de questions éthiques, comme cela a déjà été documenté en France (Hadj et al., 2017). En Suisse, on manque également de recherches permettant de dresser l'état précis de la situation au sujet des usages de la PrEP. Grâce à l'enquête menée par Raphaël Bize et ses collègues en 2017 (Bize et al., 2017), nous avons un premier état des lieux sur la prescription de PrEP auprès d'un échantillon de médecins en Suisse (N=92) exerçant dans des hôpitaux, dans des Checkpoints, des VCT autres que les Checkpoints et dans des cabinets privés. Seuls deux répondants déclarent avoir délivré une ordonnance pour une PrEP à une personne non HSH. L'un de ces deux répondants a précisé qu'il s'agissait d'une femme transgenre (nationalité non connue). En ce sens, les résultats de l'étude en cours SwissPrePared (v. note 13) sont très attendus.

Ces constats, bien que lacunaires, permettent de montrer que les prescriptions de PrEP sont genrées en Suisse. Le profil des personnes qui l'utilisent se décline au masculin, ce qui nous ramène à des inégalités sociales de santé. En France, le débat sur l'exclusion des femmes de la PrEP est vif depuis quelque temps déjà. Le milieu associatif condamne l'absence de campagne nationale d'information au sujet de la PrEP à destination des femmes les plus exposées au VIH comme les femmes migrantes, les travailleuses du sexe, les usagères de drogues et les femmes transgenres.

Dans le domaine du travail du sexe, un projet pilote récemment mené à Genève (Wetzel, Delicado, et al., 2019) montre que l'accessibilité à la PrEP pour les personnes travailleuses du sexe plus à risque (en situation de vulnérabilité juridique et socio-économique, HSH ou personnes transgenres) reste une dimension à développer dans le domaine de la prévention du VIH.

Enfin, pour que les PM en situation de vulnérabilités, indépendamment des catégories auxquelles elles appartiennent (HSH, personnes travailleuses du sexe ou autres), puissent avoir recours à la PrEP, il faudrait que les coûts de celle-ci soient à leur portée et que le suivi médical puisse être assuré malgré les défis posés par l'itinérance transnationale de ces personnes.

Quant à la promotion du **TasP**, elle est fondamentale, car elle permet de lutter efficacement contre la stigmatisation des personnes qui vivent avec le VIH.

³² L'enquête EMIS (European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey) a été menée dans 38 pays Européens et réunit un sous-échantillon de plus de 20'000 HSH issus de la migration.

Garantir l'accès et la continuité du traitement ARV

L'accès au traitement ARV et sa continuité peut poser un défi pour les personnes qui vivent en situation irrégulière en Suisse, et/ou qui n'ont pas d'assurance médicale et/ou rencontrent des difficultés financières pour payer les cotisations de la caisse maladie et la quote-part.

Pour que chaque PM vivant avec le VIH sur le territoire suisse puisse avoir accès au traitement ARV et surtout le poursuivre dans le temps, l'adoption d'une **approche transnationale** est également importante. On l'a vu aussi bien dans l'enquête auprès des ACT que dans celle auprès des PM, ces dernières peuvent être très itinérantes. Elles se déplacent d'un pays européen à un autre, en fonction des opportunités de travail, ce qui peut avoir un impact sur leur accès aux soins, comme cela a déjà été montré pour les personnes travailleuses du sexe en Suisse (Gloor et al., 2011).

Mais cela peut également concerner les personnes qui vivent avec le VIH. Nous avons rapporté le cas d'un homme originaire d'un pays de l'Afrique subsaharienne qui a été infecté au VIH dans un pays de l'Europe méridionale, où il a obtenu un permis humanitaire et est suivi sur le plan médical. Cet homme séjourne régulièrement en Suisse, car il y trouve plus d'opportunités de travail (au noir). Cela soulève des défis en termes de suivi médical que seul des collaborations transnationales entre équipes soignantes peuvent relever.

Prévenir les violences sexuelles, atteindre et soutenir les PM victimes de violences sexuelles et de traite sexuelle

Ces trois derniers objectifs spécifiques sont liés à des risques sexuels autres que le VIH/IST. Il est néanmoins important de les inclure dans les programmes et les actions de prévention de ce domaine, car autant les violences sexuelles que les conditions dans lesquelles vivent les personnes victimes de traite peuvent augmenter le risque d'infection au VIH/IST. Les situations de violence sexuelle se caractérisent par une forte asymétrie de pouvoir qui ne laisse pas de place à la négociation du préservatif. Les personnes victimes de traite, quant à elles, peuvent être exposées à ces mêmes situations, mais aussi être poussées à accepter des rapports sexuels tarifés sans préservatif, dans le but de régler le plus rapidement possible la dette qui les lie à leurs trafiquant·e·s. D'où l'importance d'élargir la prévention à ces domaines.

Sur le plan des approches, le travail de proximité dans le domaine du travail du sexe pourrait être renforcé afin d'atteindre davantage les personnes en situation illégale et celles victimes de traite. Il en va de même pour le travail de proximité auprès des gérant·e·s d'établissement (salons érotiques, salons de massage, etc.), dans le but de les sensibiliser aux droits des personnes travailleuses du sexe et à la prévention du VIH/IST. Quant à la clientèle, il faudrait voir si cette approche est pertinente pour la sensibiliser à celle-ci, ainsi qu'au respect du cadre contractuel du sexe tarifé.

Sur le plan des outils, en plus de ceux déjà mentionnés dans les objectifs précédents, on retrouve ici les consultations gynécologiques et autres consultations médicales spécialisées dans la prise en charge des victimes de violence et deux outils spécifiques au milieu du travail du sexe. Le premier est un **cours de langue adapté au travail du sexe**. Dans une ONG où travaille une ACT qui a participé à l'enquête 1, les personnes travailleuses du sexe peuvent participer à des cours où elles apprennent les termes du métier et à utiliser une communication efficace pour se faire respecter et gérer les moments difficiles avec la clientèle. Ces cours favorisent l'empowerment des personnes travailleuses du sexe (acquisition des connaissances de leurs droits et des compétences à faire valoir) et réduisent, partant, leur exposition aux risques de pratiques contraintes, dont les rapports sexuels sans préservatif. Le deuxième outil consisterait,

à nouveau, à mettre en place des campagnes qui seraient ciblées sur la clientèle. Reste à voir dans quelle mesure elles seraient pertinentes.

Pour ce qui est de mesures, une mesure spécifique au travail du sexe a également été suggérée lors d'un binôme. Elle consisterait à proposer des **permanences nocturnes dans les ONGs actives dans le domaine du travail du sexe**. Une femme travailleuse du sexe qui a participé aux enquêtes 2 et 3 a évoqué plusieurs épisodes de violences sexuelles et de genre advenus dans la nuit dont elle-même ou des collègues ont été victimes. Elle a insisté sur la peur d'aller aux urgences, alimentée par plusieurs raisons, dont le manque d'argent pour payer la consultation et les soins, la situation irrégulière en Suisse et la crainte d'être dénoncée, la réprobation morale anticipée de la part des médecins envers sa profession. Cette femme suggère ainsi que les structures actives dans le domaine du travail du sexe aient une permanence nocturne, au moins téléphonique, à laquelle les personnes victimes d'agressions puissent s'adresser, afin d'être conseillées et orientées vers les structures de soins adéquates.

7.5 Lutter contre les stigmatisations et discriminations intersectionnelles

Objectif 4 : Lutter contre les stigmatisations et discriminations intersectionnelles				
Objectifs spécifiques	Approches	Outils	Mesures	Institutions
<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser le public aux stigmatisations et discriminations intersectionnelles Visibiliser et promouvoir la diversité (ethnique, sexuelle, de genre, etc.) → visibiliser des PM vivant avec le VIH, LGBTQI+, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Santé globale Inclusive Intersectionnelle Communautaire (pairs → formation) Pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes cantonales/nationales/internat. Sites internet Réseaux sociaux (ex. #NormalizingHIVChallenge) et médias communautaires Brochures Vidéos e-Plateforme nationale VIH/IST et migration Recherches scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> Information accessible, compréhensible et adaptée à tout public Diversification des lieux (écoles, entreprises, associations, politique, communautés ethniques, religieuses, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Cantons/Confédération OFSP ASS SSCH Checkpoints Hôpitaux et autres structures médicales Autres ONGs (milieu travail du sexe, asile, migration, LGBTQI+, sans-papiers, traite) Universités, Hautes Ecoles et autres instituts de recherche
<ul style="list-style-type: none"> Agir contre les discriminations intersectionnelles dans les institutions de santé (et autres institutions comme les écoles, entreprises, églises, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Santé globale Inclusive Intersectionnelle Sécurité culturelle Communautaire (pairs → formation) Pluridisciplinaire 	<ul style="list-style-type: none"> Formation du personnel soignant aux thématiques de genres, identités de genre, orientations sexuelles, migrations, travail du sexe, etc. et aux besoins spécifiques des minorités 	<ul style="list-style-type: none"> Formation sensible à la diversité 	<ul style="list-style-type: none"> Institutions formatrices Autres institutions concernées
<ul style="list-style-type: none"> Agir contre les discriminations intersectionnelles au niveau politique, en promouvant des valeurs d'égalité, d'équité, de dignité pour toutes les personnes 		<ul style="list-style-type: none"> Réformes constitutionnelles Réformes légales 	<ul style="list-style-type: none"> Lois inclusives Lois protectrices Lois pénales 	<ul style="list-style-type: none"> Cantons/Confédération

Sensibiliser le public aux stigmatisations et discriminations intersectionnelles

Les personnes appartenant aux minorités sexuelles et/ou de genre, les personnes travailleuses du sexe, les personnes vivant avec le VIH, mais aussi les personnes racisées et les personnes ayant des permis de séjour précaires ou étant sans permis sont exposées à des stigmatisations et des discriminations qui entravent leur accès autant à la prévention qu'aux soins. En témoignent les diagnostics de VIH dits tardifs (Hachfeld et al., 2019). Ces stigmatisations et discriminations rendent le travail des ACT plus difficile. Il faudrait donc mettre en place des campagnes visant à déstigmatiser les personnes appartenant à ces minorités et à promouvoir la diversité, soit-elle ethnique, de genre, sexuelle, religieuse, etc. Ces campagnes devraient être menées auprès de la population générale, au niveau national, voire international.

À cet effet, les **réseaux sociaux** sont devenus des canaux incontournables de transmission de messages. Une campagne récente d'AIDES, ONG active dans la prévention contre le VIH en France, mettait en scène des portraits photographiques assortis de messages comme « On m'appelle 'le séropo' pourtant je m'appelle... » ; « On m'appelle 'la sale noire' pourtant je m'appelle... » ; « On m'appelle 'la pédale' pourtant je m'appelle... » ; « On m'appelle 'la trainée' pourtant je m'appelle... ». Ces messages montrent la multitude de stigmatisations visant les personnes appartenant à des catégories minorisées et/ou marginalisées de la population. Pour qu'ils rendent compte de **l'intersectionnalité de ces stigmatisations**, il faudrait encore les superposer, puisqu'une personne peut appartenir à la fois à plusieurs de ces catégories. Cela expose à des formes de stigmatisation dont les effets sont plus que la somme des stigmatisations liées à chaque catégorie, en raison justement de l'effet d'intersection de celles-ci. Il en va d'ailleurs de même pour les discriminations, comme cette enquête l'a bien montré.

Visibiliser et promouvoir la diversité (ethnique, sexuelle, de genre, etc.)

Les campagnes de sensibilisation basées sur des portraits photographiques ont le mérite de visibiliser les personnes concernées par une problématique. De manière générale, dans le contexte suisse, il s'agirait de **visibiliser** davantage **les PM dans leur diversité**. Ceci revient à ne pas les réduire à leur caractéristique ou identité de migrantes, mais à rendre compte de toutes les autres caractéristiques qui les identifient. En Italie, l'association IAM (Intersectionalities and more) œuvre exactement en ce sens³³. Récemment, elle a créé des cartes avec des portraits de PM et la présentation de chaque personne débute par la même question : as-tu jamais pensé à combien d'identités peut avoir une personne migrante ? S'en suit la présentation des différentes identités. L'approche utilisée par cette association et les actions menées pour visibiliser la thématique de la diversité auprès des populations migrantes peuvent être de grande inspiration pour un travail de prévention réellement inclusif en Suisse.

Au-delà de ce type d'interventions, une PM ayant participé aux enquêtes 2 et 3 a relevé que la meilleure manière de visibiliser la diversité est d'**augmenter la présence de PM, LGBTQI+, vivant avec le VIH, etc. dans des fonctions politiques** (que ce soit au niveau communal, cantonal et fédéral), culturelles, sportives et autres. Lors de la séance du groupe PARTEN dédiée à la présentation et à la discussion de ces résultats liés aux stratégies d'intervention, une membre a relevé qu'il faudrait également que les PM soient mieux représentées sur le plan professionnel au niveau des postes de direction.

³³ Pour plus d'informations sur IAM, voir <https://www.facebook.com/lamIntersectionalities/>

Agir contre les discriminations intersectionnelles dans les institutions de santé (et autres institutions comme les écoles, entreprises, églises, etc.)

On sait que les stigmatisations et les discriminations, qu'elles soient basées sur le genre, l'OSIEG, la race/origine ethnique ou autre caractéristique, qu'elles se produisent en famille, à l'école, au travail ou dans d'autres sphères de la vie quotidienne, ont un impact sur la santé (physique, mentale et sexuelle) des minorités. D'où la nécessité de lutter contre les **discriminations structurelles** (appelées également systémiques ou institutionnelles), notamment dans les institutions de santé, afin d'éviter que les personnes appartenant aux minorités stigmatisées ne renoncent aux soins par peur d'être mal reçues, critiquées, jugées. Cela est le cas pour les minorités de genre et sexuelles. Si des recommandations claires en ce sens avaient déjà été formulées il y a une dizaine d'années (PREOS, 2012), le système de santé suisse reste hétéro-cis-normé (Weber, 2020).

Mais cela est également le cas pour les personnes qui travaillent dans le domaine du travail du sexe. Dans l'enquête 1, une ACT nous disait que les personnes travailleuses du sexe ont peu recours à la PEP, car elles se gênent d'aller à l'hôpital et devoir répondre aux questions qui leur sont posées. Quant aux personnes travailleuses du sexe que nous avons rencontrées dans l'enquête 2, celles qui consultent un gynécologue en cabinet privé ne leur disent pas le travail qu'elles font, notamment si elles mènent une double vie entre deux pays : la Suisse, qu'elles considèrent comme leur lieu de travail, et le pays d'origine ou de résidence, où elles mènent leur vie privée.

En matière d'approches, nous avons inclus ici l'**approche de la sécurité culturelle** (ou sécurisation culturelle, selon les références utilisées)³⁴. Le terme « cultural safety » est né du contexte colonial de la société de la Nouvelle Zélande et a été utilisé pour la première fois dans les années 90 dans le domaine des soins infirmiers (Ramsden, 1993). L'approche de la sécurité culturelle a pris de plus en plus d'importance au cours de la dernière décennie au point qu'on parle de changement de paradigme. Cette approche rompt avec l'idée selon laquelle le personnel soignant doit se focaliser sur l'apprentissage des normes et valeurs culturelles de différents groupes ethniques, car il y a là un risque d'essentialisme culturel basé sur des stéréotypes et une tendance à homogénéiser des groupes qui ne le sont pas (les Africains, les Subsahariens, les Erythréens, etc.).

Au contraire, l'approche de la sécurité culturelle préconise que le personnel soignant adopte une posture réflexive et considère les rapports de pouvoir entre lui-même et les patient·e·s. Plutôt que de se concentrer sur la culture de l'autre, il est attendu du personnel soignant qu'il se concentre sur sa culture et l'impact de celle-ci sur la relation de soin. Cela implique de sa part qu'il se questionne sur ses attitudes, ses représentations, ses aprioris, stéréotypes et préjugés qui ont tous un impact sur la qualité des soins.

Quant aux outils, nous recommandons ici la **formation** du personnel soignant aux thématiques du genre, des identités de genre, orientations sexuelles, migrations, du travail du sexe et plus généralement des rapports à l'altérité. Autrement dit, une formation sensible à la diversité promouvant une approche transnationale nourrie par une posture compréhensive, réflexive et critique³⁵.

³⁴ Pour un approfondissement de cette approche, nous suggérons les lectures suivantes : (Blanchet Garneau & Pepin, 2012; Browne et al., 2009; Curtis et al., 2019).

³⁵ Pour un approfondissement de cette approche, nous suggérons les lectures suivantes : (Baghdadi et al., 2014; Reutlinger et al., 2011).

Agir contre les discriminations intersectionnelles au niveau politique, en promouvant des valeurs d'égalité, équité et dignité pour toutes les personnes

La **promotion** des valeurs d'**égalité**, **équité** et **dignité** pour toute personne, indépendamment de son origine ethnique, son genre, son OSIEG, son statut légal en Suisse, sa religion, son statut sérologique au VIH et autres caractéristiques qui l'identifient ne peut passer que par des réformes constitutionnelles et légales, par la légifération de lois inclusives, protectrices et pénales, autant au niveau cantonal que fédéral. Nous reprenons ce point dans le cinquième et dernier objectif d'intervention.

7.6 Améliorer l'égalité des chances en santé

Objectif 5 : Améliorer l'égalité des chances en santé				
Objectifs spécifiques	Approches	Outils	Mesures	Institutions
<ul style="list-style-type: none"> • Informer les PM sur le système de santé suisse (assurances maladies, institutions et offres de santé, droits d'accès aux institutions de santé) 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé globale • Inclusive • Intersectionnelle • Communautaire (pairs* → formation) • Pluridisciplinaire • Travail de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> • Sites internet • Réseaux sociaux et médias communautaires • Brochures • Vidéos • Entretiens • Séances collectives asile • Séances collectives TS • e-Plateforme nationale VIH/IST et migration (liens) 	<ul style="list-style-type: none"> • Information accessible (diversification des canaux de diffusion), compréhensible (plurilinguisme, langage simplifié, interprétariat) et adaptée aux milieux et aux minorités 	<ul style="list-style-type: none"> • OFSP (Programme santé migration & e-Plateforme nationale VIH/IST et migration) • ASS • SSCH • Checkpoints • Hôpitaux • Autres structures médicales ambulatoires • Autres ONGs (milieux travail du sexe, asile, migration, LGBTQI+, sans-papiers)
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les PM dans les démarches administratives pour l'affiliation à une CM et l'obtention des subsides 		<ul style="list-style-type: none"> • Conseils, suivi • e-Plateforme nationale VIH/IST et migration (liens) 		<ul style="list-style-type: none"> • ASS • Checkpoints • Hôpitaux • Autres structures médicales ambulatoires • Autres ONGs (milieux travail du sexe et sans-papiers) • OFSP
<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir financièrement les PM dans le paiement des prestations médicales jusqu'à concurrence de la franchise et de la quote-part 		<ul style="list-style-type: none"> • Aides financières pour les PM en situation de précarité • Abolition des listes noires • Réduction voire suppression des franchises et de la quote-part 		<ul style="list-style-type: none"> • ASS • Checkpoints • Hôpitaux • Autres structures médicales ambulatoires • Autres ONGs (milieux travail du sexe et sans-papiers)

<ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'accès universel à la prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Santé globale • Inclusive • Intersectionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration du système de santé et de l'asile • Recherches scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuité des tests de diagnostic et des préservatifs • Anonymat 	<ul style="list-style-type: none"> • Confédération/cantons • Universités, Hautes Ecoles et autres instituts de recherche
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'accès universel aux soins 		<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration du système de santé et de l'asile • Recherches scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Gratuité des soins de santé • Anonymat • Continuité des soins de santé pour les personnes sans-papiers, avec des statuts précaires, itinérantes 	
<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la stabilité administrative des PM 		<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration du système de l'asile • Recherches scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Généralisation des permis de séjour B et C • Abolition des permis F 	
<ul style="list-style-type: none"> • Régulariser les personnes sans-papiers 		<ul style="list-style-type: none"> • Élargissement de l'opération « Papyrus » • Recherches scientifiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Assignation de permis de séjour selon critères prédéterminés 	

Le domaine du VIH/IST, comme d'autres domaines de la santé, n'échappe pas aux inégalités sociales. Les résultats de cette enquête auprès de PM en situation de vulnérabilités plurielles l'ont bien montré. Pour agir contre ces inégalités sociales de santé il faut agir sur les **structures**, car ce sont elles qui les produisent. C'est ce qui émerge aussi du récent rapport « Égalité des chances dans la promotion de la santé et la prévention en Suisse » (Weber, 2020) édité par la Promotion Santé Suisse (PSCH), l'OFSP et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). En accord avec ce rapport, pour améliorer l'égalité des chances en santé, il faut tenir compte des contextes politique, social, économique, culturel et sanitaire qui engendrent des rapports de pouvoir et assignent les personnes à des places sociales plus ou moins favorisées. Les places sociales occupées affectent les contraintes que les personnes doivent supporter et les ressources dont elles disposent, ce qui a une incidence concrète sur la santé (Weber, 2020).

Ainsi, pour améliorer l'égalité des chances en santé, il importe de tenir compte des déterminants sociaux de la santé (conditions dans lesquelles les personnes vivent), mais également – et surtout, à notre sens – des **déterminants structurels**, c'est-à-dire les différents contextes et positions sociales occupées. L'objectif des mesures relatives aux déterminants sociaux de la santé est de réduire les contraintes et de renforcer les ressources (empowerment), alors que l'objectif des mesures relatives aux déterminants structurels est de réduire les inégalités et les désavantages sociaux dont découlent les iniquités de santé (Weber, 2020).

Informar les PM sur le système de santé suisse

Avant de pouvoir exercer ses **droits**, toute personne doit être informée de l'existence de ceux-ci. Ce point revêt une importance capitale pour les PM, en raison du fait qu'elles ont été socialisées ailleurs et sont donc familières à d'autres manières de s'organiser et fonctionner. Être informé-e sur le **système de santé suisse** revient, entre autres, à connaître les assurances médicales, les institutions et offres de santé, les droits d'accès aux institutions et aux traitements. D'où l'utilité de la plateforme électronique VIH/IST et migration qui pourrait rediriger les PM vers les sources d'information, en fonction de leurs cantons de résidence.

Soutenir les PM dans les démarches administratives pour l'affiliation à une caisse maladie et l'obtention de subsides destinés à la réduction des primes d'assurance-maladie

Si les démarches administratives d'affiliation à une caisse maladie peuvent être difficiles pour toute personne, elles le sont davantage pour les personnes qui n'ont pas été socialisées en Suisse et ne parlent pas les langues locales. Il s'agit donc de les soutenir dans ces démarches. Par ailleurs, on sait que le **travail fourni par les ACT** dans ce domaine est un travail considérable qu'il importe à la fois de **valoriser** et de **faciliter**.

Les cantons accordent des subsides destinés à la réduction des primes d'assurance maladie pour les personnes en situation de précarité. Néanmoins, cela présuppose que les PM connaissent cette information et qu'elles aient les compétences pour en faire la demande, sans compter le fait que les personnes sans-papiers peuvent être réticentes à entamer ces démarches, par peur d'être dénoncées et expulsées du territoire suisse. Il s'agit donc de garantir l'accès des PM à ces subsides, en les portant à leur connaissance, en les rassurant sur le fait que la demande de tels subsides n'a pas d'impact sur leur situation juridique en Suisse et en les soutenant dans les démarches pour l'obtention de ces subsides.

Soutenir financièrement les PM dans le paiement des prestations médicales jusqu'à concurrence de la franchise et de la quote-part

Les personnes en situation de précarité économique qui sont affiliées à une caisse maladie privilégient des modèles avec franchise haute, afin de bénéficier de primes mensuelles moins chères. Cela a pour effet qu'elles doivent payer les prestations médicales jusqu'à concurrence de la franchise et de la quote-part, dont le montant peut dépasser les 2500 CHF. Pour éviter que les PM ne renoncent à la prévention et aux soins, il importe donc de soutenir financièrement les personnes plus précarisées sur le plan économique.

Il importe également d'abolir les « listes noires ». À signaler que dans le canton des Grisons, cette procédure de liste noire avait amené, en 2018, au décès d'un homme séropositif endetté. Actuellement, 5 cantons pratiquent ces listes (Argovie, Lucerne, Tessin, Thurgovie, Zoug) et pourront continuer à le faire, puisque le 7 juin 2021, le Conseil des États en a décidé ainsi. Selon des estimations reprises par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), actuellement plus de 30'000 personnes figurent sur ces listes noires avec des blocages de prestations³⁶, chiffre qui est probablement amené à augmenter en raison de la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19.

Garantir l'accès universel à la prévention et aux soins

Il s'agit de garantir l'accès à la prévention et aux soins à toute personne présente sur le territoire suisse, indépendamment de son statut légal, de son revenu, de sa formation ou d'une autre caractéristique sociale. Dans le domaine du VIH/IST, comme dans d'autres, l'accès universel à la prévention et aux soins ne peut que passer par une restructuration du système de santé. Plusieurs **réformes** pourraient y contribuer. Nous nous limitons ici à en esquisser deux. La première consisterait à uniformiser les systèmes de santé en vigueur sur le territoire helvétique. En effet, le fédéralisme fait qu'en Suisse nous avons 26 systèmes de santé au lieu d'un seul système. **Passer de 26 systèmes de santé à un seul** permettrait d'éliminer les inégalités entre les cantons lesquelles induisent l'itinérance nationale à des fins de santé. Nous l'avons vu, c'est notamment le cas pour les PM en situation de vulnérabilité juridique et socio-économique.

La deuxième réforme concernerait le système des **assurances médicales**. Au niveau administratif, il s'agit de simplifier les démarches d'affiliation à une CM, trop complexes pour des personnes non socialisées en Suisse, mais aussi de garantir l'anonymat des prestations fournies. Nous l'avons vu, des situations ont été évoquées par des ACT où la consultation et les prestations fournies par les institutions médicales et les ONGs sont anonymisées, mais les factures et les feuilles de prestations établies par les CM sont détaillées. C'est le cas, par exemple, des listes de participation pour la déclaration d'impôt. Cela peut amener à des situations de révélation d'informations non voulues, comme une consultation pour une PEP, le suivi d'une PrEP ou une IVG, les signes d'une sexualité active et/ou d'une OSIEG que les personnes concernées ne souhaitent pas nécessairement dévoiler à leur entourage qui reçoit les factures détaillées de la CM, qu'il s'agisse de leurs parents ou autres personnes qui les entretiennent. Il en va de même pour le traitement ARV, signe de séropositivité au VIH que les personnes concernées ne souhaitent peut-être pas partager avec leurs proches.

³⁶ La prise de position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM («Listes noires» – Blocages de prestations médicales pour absence de paiement des primes et de participation aux coûts) est consultable à l'adresse suivante : <https://www.samw.ch/fr/Publications/Prises-de-position.html> [site consulté le 15.07.2021]. Dans cette prise de position, l'origine et les bases légales de ces listes noires sont bien explicitées.

Au niveau financier, il s'agit de réduire les primes mensuelles, les franchises et la quote-part pour les personnes en situation de précarité économique, afin d'éviter le non-recours ou le renoncement aux soins, ce qui se traduit dans des diagnostics dits tardifs, y compris de VIH. Il s'agit également de couvrir les coûts de la prévention. Si la PEP est prise en charge par l'assurance obligatoire, les préservatifs, la PrEP, les tests de dépistages et l'autotest ne le sont pas. Enfin, il s'agit de réduire les prix des traitements, voire d'offrir la gratuité des traitements, surtout le traitement ARV qui fonctionne également comme traitement préventif (TasP).

Garantir la stabilité administrative des PM

Les pratiques dans le domaine des soins aux PM révèlent la collusion entre les politiques de santé publique et les politiques migratoires. Le durcissement des lois sur l'asile et les restrictions d'accès aux droits à l'éducation, au travail et à la santé pour les personnes issues de l'asile placent les ACT œuvrant dans le domaine de la santé publique dans des situations difficiles et les contraignent au travail de bricolage que nous avons décrit. Cela n'est pas sans rappeler les pratiques analysées très récemment par Sylvie Morel et Victoire Cottureau en France (Morel & Cottureau, 2020). Leur enquête visait à montrer comment le personnel soignant en milieu hospitalier s'organise pour prendre en charge les patient·e·s primo-migrant·e·s atteint·e·s du VIH dans un contexte de travail doublement contraint par les politiques migratoires restrictives et les politiques gestionnaires des structures hospitalières qui complexifient l'accès aux soins et leur continuité. Les auteures décrivent le bricolage auquel s'adonne le personnel soignant pour prendre en charge ces personnes, parfois en transgressant les normes institutionnelles, voire les lois, ce qui est très proche des pratiques décrites par certain·e·s ACT que nous avons rencontrées dans les enquêtes 1 et 3.

Dans le contexte suisse, la garantie de la stabilité administrative des PM passerait par l'accélération des procédures d'asile (ce qui limiterait la durée des permis N), la généralisation des permis de séjour B et C, l'abolition des permis F.

Régulariser les personnes sans-papiers

La régularisation des personnes sans-papiers pourrait se faire, par exemple, via l'élargissement de l'opération Papyrus, conduite dans le canton de Genève entre 2017 et 2018. Il s'agit d'un projet pilote de régularisation pour des travailleur·euse·s originaires de pays hors UE/AELE en situation irrégulière au sens de la LEI. L'opération Papyrus, mise en place conjointement par l'Office cantonal de la population et des migrations (OCPM), le SEM et les associations genevoises de soutien aux personnes sans-papiers, a été le premier programme de régularisation institué en Suisse. Selon les indications fournies dans le rapport d'évaluation (Ferro-Luzzi et al., 2019), l'opération Papyrus aurait permis à plus de 3'000 personnes résidant sans statut légal à Genève d'obtenir un permis de séjour.

8 Conclusion

L'enquête Mi.STI avait trois objectifs principaux :

- Étudier la vulnérabilité des PM au VIH/IST
- Étudier les actions des institutions face à la vulnérabilité au VIH/IST des PM
- Proposer des bases de réflexion pour l'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des PM.

Les trois premiers points de la conclusion reprennent ces objectifs. Suivent trois autres points consacrés à la pertinence et à l'opérationnalisation du concept de vulnérabilité, aux limites de l'enquête et aux perspectives d'avenir.

La vulnérabilité au VIH/IST des PM : une vulnérabilité parmi d'autres

Les PM rencontrées dans le cadre de cette enquête ont une grande variété d'expériences de vie, de parcours migratoires, d'origines, d'âges, de formations ou de types travail. Elles se présentent avec des identités de genre, sexuelles ou culturelles différentes et chacune peut mobiliser de nombreuses ressources matérielles, sociales ou symboliques. Nous avons aussi pu constater que leurs connaissances et images de la sexualité, du VIH/IST ou tout simplement de la vie sont très variées.

Même si les parcours migratoires et les expériences vécues sont différents, nous avons pu mettre en évidence quelques traits communs. En premier lieu, toutes les PM interviewées ont une expérience commune : la **mobilité géographique**. Deux principales expériences de mobilité géographique sont à distinguer : les **circulations transnationales** d'un pays à l'autre et les **circulations à l'intérieur de la Suisse** d'un canton ou d'une région (campagne-ville) à l'autre.

Les **circulations transnationales** concernent des personnes itinérantes, qui sont en mouvement d'un pays à l'autre. Certaines le sont depuis leur enfance ou une vingtaine d'années en fonction des possibilités légales (permis temporaires dans un endroit), des conditions de vie (opportunités financières et professionnelles, logement) ou de l'accès au système de santé (soins, suivis, médicaments, etc.). Les changements de pays sont aussi dus au contexte d'acceptation ou à l'inverse de discrimination à l'égard de certaines caractéristiques comme la couleur de la peau, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, etc.

Les **circulations à l'intérieur de la Suisse** concernent plusieurs catégories de PM. Les personnes sans-papiers se déplacent d'un canton à l'autre selon qu'il leur est plus favorable du point de vue légal, économique ou social. Les personnes LGBTQI+ se déplacent à l'intérieur du même canton (de la campagne vers la ville) ou entre les cantons selon le degré d'ouverture qu'elles perçoivent par rapport à la question des identités de genre et des orientations sexuelles non hétéro-cis-normatives. Les personnes travailleuses du sexe, quant à elles, se déplacent d'un canton à l'autre, en fonction des opportunités de travail.

Que cette mobilité soit le résultat d'un choix perçu comme personnel ou d'une contrainte, elle peut améliorer la situation et le niveau de vie des PM, mais peut aussi être un potentiel danger. Sur le plan de la mobilité transnationale plus particulièrement, d'un côté, celles-ci peuvent obtenir une protection juridique leur permettant de vivre en Suisse et avoir de nouvelles ressources (faire des formations, avoir un travail, obtenir des aides financières, etc.). Mais de l'autre côté, les PM s'exposent à différents risques comme par exemple la perte des liens avec la famille d'origine ou les membres de la communauté ethnique d'appartenance, le refus du droit de rester en Suisse ou l'obtention d'un droit de séjour limité dans le temps et/ou soumis à contraintes, la stigmatisation liée à leur statut légal en Suisse. Autrement dit, elles risquent de se retrouver dans des situations de **vulnérabilité en lien avec le statut légal et socio-économique**. Ces deux aspects sont communs aux PM que nous avons rencontrées.

En fonction des caractéristiques des PM et des expériences qu'elles vivent, d'autres vulnérabilités, comme la vulnérabilité en lien avec l'OSIEG ou avec le travail du sexe, peuvent s'ajouter aux situations de vulnérabilité mentionnées dans le paragraphe précédent. Ces vulnérabilités ne sont pas isolées les unes des autres, mais s'agencent dans des spirales de vulnérabilisation, entraînant les personnes concernées dans des processus de précarisation, stigmatisation, discrimination et marginalisation. Néanmoins, les différentes vulnérabilités ne pèsent pas de la même manière sur ces processus. Celle qui vulnérabilise davantage les PM est la seule qui leur est spécifique par rapport à d'autres personnes défavorisées non issues de la migration : la vulnérabilité juridique. L'absence de permis de séjour et les permis de séjour précaires, comme les permis N et F, rendent plus difficile l'accès à l'emploi, à la formation, au logement et à la santé, en plus d'exposer les PM au risque de renvoi. Ces conditions, associées à des faibles niveaux de formation ou à la non reconnaissance en Suisse de diplômes obtenus à l'étranger, placent les personnes concernées en situation de précarité socio-économique. La crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a aussi fragilisé les personnes titulaires d'un permis B, puisqu'il est soumis à la contrainte de l'autonomie financière des bénéficiaires, condition que la crise sanitaire a rendu plus difficile à atteindre, notamment pour les personnes peu formées ou dont les diplômes n'ont pas été reconnus en Suisse. À souligner également qu'en plus de cette vulnérabilité juridique, l'expérience de la migration confronte les PM à une perte de liens. Cela les prive d'importantes ressources humaines en contexte migratoire et peut les placer en situation d'isolement.

L'articulation de ces différentes vulnérabilités a un impact sur la vulnérabilité au VIH/IST. On peut parler de **spirales de vulnérabilisation qui augmentent le risque d'infection au VIH/IST et de non accès aux traitements ou interruption de ceux-ci**. L'absence de permis de séjour empêche les personnes sans-papiers de travailler de manière légale et les contraint à accepter des travaux mal rémunérés, ce qui se traduit par des difficultés d'accès au logement et à la santé, y compris à la prévention et aux traitements contre le VIH/IST. Cela peut amener les personnes plus défavorisées socialement à s'engager dans des transactions sexuelles, à avoir des rapports sexuels en échange d'un logement ou d'un règlement de factures, comme celles relatives aux primes de la caisse maladie. Au cours de ces transactions, la négociation du préservatif n'est pas aisée pour les PM impliquées, en raison des rapports de pouvoir asymétriques qui caractérisent ces relations.

Les personnes au bénéfice d'un permis de séjour précaire, ayant un faible niveau de formation ou dont les diplômes obtenus à l'étranger ne sont pas reconnus en Suisse, rencontrent aussi des difficultés d'accès au marché du travail. Leurs bas salaires peuvent les orienter vers des relations de couple caractérisées par une asymétrie de pouvoir au sein desquelles la négociation du préservatif s'avère difficile. C'est notamment le cas des femmes, mais aussi et particulièrement des personnes appartenant aux minorités de genre. Les expériences relatées par celles-ci montrent que l'identité transgenre ou queer restreint davantage l'accès au marché du travail. C'est également dans le cadre de relations asymétriques que les cas de violences sexuelles rapportées ont eu lieu, que ce soit au sein de relations de couple, d'entretien ou tarifées. Parmi ces relations, les relations d'entretien, caractérisées par une forte asymétrie de pouvoir entre la personne qui entretient et celle qui est entretenue en échange de faveurs sexuelles, représentent les cadres relationnels où il y a plus de prises de risque par rapport au VIH/IST, puisque la personne entretenue n'est pas en situation d'exercer son autodétermination pour négocier l'utilisation du préservatif. Ceci nous amène à dire qu'au final, c'est la **vulnérabilité relationnelle** qui expose davantage au risque d'infection au VIH/IST, vulnérabilité qui résulte à son tour de l'imbrication des autres vulnérabilités. Les prises de risque adviennent dans des relations asymétriques, dans des moments décrits comme difficiles en raison des conditions de vie en Suisse (notamment en lien avec le permis de séjour, l'accès au marché du travail, l'absence de perspectives) et/ou d'une OSIEG non hétéro-cis.

Le manque de connaissances sur le VIH/IST, les moyens de protection et les tests de dépistage, ainsi que les préférences individuelles pour des rapports sexuels sans préservatif sont également deux dimensions qui interviennent dans les prises de risque, mais dans une bien moindre mesure que les rapports asymétriques de pouvoir qui se jouent dans les relations intimes et qui se manifestent sous différentes formes. En plus de vivre des situations de sexisme et de racisme, les PM peuvent être traitées de manière désavantageuse en raison de leur statut légal, de leur faible niveau de formation et revenu, et, quand cela s'applique, de leur séropositivité. Les effets de l'hétérosexisme et du cisgenrisme vécus par les personnes LGBTQI+ peuvent également exposer celles-ci à un risque accru d'infection au VIH/IST, car ils les fragilisent sur le plan de la santé mentale.

En revanche, pour l'accès et la continuité des soins, ce sont plutôt les vulnérabilités juridique et socio-économique qui jouent un rôle central, puisqu'elles mettent les PM face à des difficultés pour contracter une assurance maladie, payer les primes mensuels de celle-ci et les traitements médicaux jusqu'à concurrence de la franchise et de la quote-part.

Il ressort ainsi très clairement que la vulnérabilité au VIH/IST tient davantage à des **vulnérabilités structurelles** qu'à un déficit de connaissances des PM, y compris celles relatives aux institutions de prévention et soins auxquelles s'adresser, ou à de mauvaises expériences avec celles-ci. Les PM arrivent en Suisse avec des connaissances sur le VIH/IST qu'elles actualisent en contexte migratoire. Leurs conditions de vie en Suisse, découlant des restrictions qui leur sont imposées, les amènent à mettre leurs priorités ailleurs que dans la santé, encore moins dans la santé sexuelle, et/ou finissent dans des relations de couple ou d'entretien caractérisées par des rapports de pouvoir qui leur sont défavorables. Ces vulnérabilités auxquelles les PM sont exposées s'inscrivent à l'intersection des politiques migratoires, notamment celles dans le domaine de l'asile, avec les politiques sanitaires qui fixent les règles d'accès aux soins, que ce soit en prévention ou en traitement (assurance de base obligatoire gérée par des caisses privées, coûts des primes, etc.). La dimension structurelle de ces vulnérabilités illustre parfaitement le modèle d'analyse des inégalités et iniquités de santé proposé par la PSCH, l'OFSP et la CDS (Weber, 2020).

Les actions des institutions face à la vulnérabilité au VIH/IST des PM : créer un lien de confiance et bricoler

L'enquête 2 auprès des ACT a montré que l'éventail d'interventions dans le domaine du VIH/IST et de la migration est très vaste, allant d'une prise en charge en termes de santé globale à des interventions plus ciblées sur la prévention et le traitement de ces infections, en passant par des interventions en santé sexuelle.

Parmi les ACT rencontré-e-s, ceux-elles qui estiment travailler selon une perspective de **santé globale** décrivent des interventions incluant la santé (physique, mentale, sexuelle, relationnelle), le logement, le statut juridique et les assurances. À cela s'ajoutent des spécificités pour les domaines du travail du sexe (en lien avec le droit du travail, les conditions de travail, etc.) et LGBTQI+ (en lien avec l'OSIEGS). Conformément à la Charte d'Ottawa (1986), cela revient à prendre en compte aussi bien l'état de santé des personnes que les conditions matérielles dans lesquelles elles vivent (permis, travail, logement, alimentation).

Les interventions en **santé sexuelle** sont orientées vers l'information sur les droits sexuels et prennent en compte des risques sexuels autres que le VIH/IST, dont les grossesses non voulues et les violences sexuelles.

Les interventions ciblées sur le **VIH/IST** se structurent autour de 5 types d'action : la sensibilisation, le dépistage, le traitement, l'accompagnement et l'orientation. La sensibilisation consiste à faire un travail d'information sur les types d'IST existantes, les modes de transmission, les moyens de protection, etc. Elle consiste également à récolter des informations au sujet des connaissances des PM en matière de VIH/IST et de protection, sur leurs représentations et pratiques en matière de sexualité, en évitant de porter des jugements de valeur ethnocentrés et hétéro-cisnormatifs. Ce travail d'information et de renseignement est orienté vers la transmission de conseils adaptés en termes de protection et de dépistage. Afin d'atteindre le plus grand nombre de PM, les tests de dépistage sont proposés dans différentes structures médico-sociales en contexte hospitalier et associatif. À cette fin, des tests de dépistage sont également proposés en dehors de ces structures (contexte festif, contexte professionnel pour les personnes travailleuses du sexe, etc.). Le traitement du VIH/IST est assuré dans des structures médico-sociales préposées à cet effet, ainsi que l'accompagnement (sur le plan médical, psychosocial mais aussi administratif) des PM dans les problématiques qui les concernent et les différentes démarches pour gérer celles-ci (dépistage, traitement, PEP, PrEP, groupes de parole pour personnes vivant avec le VIH, etc.). Sur ce point, il convient de rappeler que les interventions visant à proposer une PEP ne sont pas récurrentes dans les descriptions des ACT rencontré·e·s et que celles visant à proposer la PrEP et à accompagner sur le plan médical et psychosocial les personnes qui y ont recours le sont encore moins. Ces interventions sont essentiellement circonscrites au milieu gay et l'usage de la PrEP est réservé aux hommes qui peuvent en assumer les coûts, puisque le médicament utilisé pour ce traitement n'est pas couvert par l'assurance de base et que le remboursement des consultations médicales nécessaires au suivi du traitement n'est pas garanti. Enfin, une partie des interventions des ACT consiste à orienter les PM avec lesquelles il-elle·s entrent en contact vers des structures de prise en charge spécialisées par rapport à leurs problématiques.

Dans le cadre de ces interventions, 5 **approches** principales sont mobilisées, souvent de manière combinée. L'**approche en santé globale** consiste à prendre en compte aussi bien l'état de santé des personnes que les conditions matérielles dans lesquelles elles vivent (permis, travail, logement, alimentation) et à agir sur celles-ci. L'**approche basée sur les vulnérabilités**, conformément au cadre MV de l'OFSP (2016a), consiste à concevoir les PM comme des personnes vulnérables et à intervenir sur les facteurs de vulnérabilité qui augmentent le risque d'infection au VIH/IST. L'**approche centrée sur la personne** consiste à aller à la rencontre des personnes et chercher à comprendre où elles en sont avec leurs expériences, idées et représentations, plutôt que de proposer d'emblée des informations et discussions sur la sexualité et la santé sexuelle. L'**approche du travail de proximité** se résume bien dans le fait d'« aller vers » les personnes là où elles sont (vivent, travaillent, sortent, etc.) plutôt que d'exiger de leur part qu'elles aillent dans des structures spécialisées. L'**approche communautaire/participative** consiste à concevoir les personnes concernées comme des acteur·rice·s ayant des connaissances, compétences et ressources, et à les impliquer dans la conceptualisation (niveau stratégique) et la réalisation (niveau opérationnel) des interventions. Elle se résume bien dans le fait de « faire avec » au lieu de faire pour les personnes concernées.

Les **principes** sur lesquels sont fondées les interventions décrites par les ACT rencontré·e·s sont la **confiance**, le **respect** et le **non-jugement**, l'**anonymat** et la **confidentialité**, ainsi que l'**agentivité**. Travaillant sur des sujets sensibles et intimes comme la sexualité et la santé sexuelle, la création d'un lien de confiance avec les PM est primordiale à toute intervention. Celle-ci est fondée, entre autres, sur la garantie attendue de la part des PM que les ACT traitent les histoires qu'elles leur confient de manière confidentielle. La possibilité d'entreprendre des actions de prévention de manière anonyme (comme par exemple un diagnostic de VIH/IST) est très appréciée par les PM rencontrées et mise en avant par les ACT comme une dimension fondamentale des offres de prévention. L'ouverture d'esprit des ACT vis-à-vis des

pratiques sexuelles décrites par les PM, le respect de leurs représentations et le non-jugement des unes et des autres sont également des principes fondamentaux qui guident les interventions dans le domaine de la prévention VIH/IST. Il en va de même pour le principe d'agentivité qui consiste à considérer les personnes comme des acteur·rice·s plutôt que des victimes et à fonder les interventions sur les ressources dont celles-ci disposent, afin de les accompagner à augmenter leur capacité d'action.

Les principaux outils d'intervention sont les **entretiens** (individuels, de couple et collectifs) et l'**interprétariat communautaire**. Dans le cas où les personnes ne parlent pas la langue locale, celui-ci est important quel que soit le domaine d'intervention, mais il devient fondamental dans le domaine de la sexualité et de la santé sexuelle, en raison des sujets intimes et délicats qui sont abordés. Socialisées à l'étranger, les PM peuvent avoir des manières différentes d'aborder ces sujets ou les considérer comme des sujets tabous. La présence d'un·e interprète communautaire facilite la compréhension des informations transmises par les ACT et peut aussi faciliter la libération de la parole sur la sexualité et les problématiques liées à celle-ci.

Enfin, les **collaborations** à la fois **intra-institutionnelles** et **extra-institutionnelles** sont des dimensions importantes pour la mise en œuvre des interventions. Les collaborations intra-institutionnelles entre ACT aux profils et expériences professionnels différents permettent de réunir les connaissances et les compétences pour agir de manière plus efficace. Les situations dans lesquelles vivent certaines PM sont très complexes du point de vue juridique, économique, social et administratif, ce qui se répercute sur leur accès à la prévention et aux traitements. Cela demande, de la part des ACT, des connaissances et compétences spécifiques dans différents domaines, condition plus facilement remplie dans le travail collaboratif. Les collaborations extra-institutionnelles, quant à elles, facilitent le travail interdisciplinaire et permettent de combler les limites des services et offres proposées par une institution spécialisée dans un domaine spécifique, mais pas dans un autre, ainsi que de pallier aux limites des capacités d'intervention d'une institution dépassée par la demande.

Si les données récoltées auprès des ACT rencontré·e·s ont permis de mettre en lumière le large éventail des interventions effectuées, elles ont également permis d'identifier les défis que ceux·elles-ci doivent relever dans leurs pratiques professionnelles. Ces défis sont liés à la complexité des situations vécues par certaines PM, combinée aux restrictions imposées par les lois sur la migration (notamment dans le domaine de l'asile) et aux conditions d'accès au système de santé, sans oublier les contraintes institutionnelles auxquelles les ACT sont confronté·e·s. L'image de l'artisan·e qui doit jouer de sa créativité pour tailler des solutions sur mesure a été évoquée. Il s'agit de trouver des solutions adaptées, toujours situées et souvent dans l'urgence. Leurs actions renvoient à une forme de « **bricolage** » au sens noble du terme, à savoir une expression de l'efficacité pratique des modes d'agir. En effet, ce bricolage est exigeant en termes de compétences : les ACT doivent être à la fois des spécialistes et des généralistes, que ce soit en termes de domaines (santé et migration) et axes d'intervention (médical, social, juridique, administratif, etc.), puisque les problématiques auxquelles les PM sont confrontées se situent au croisement de ces domaines et axes d'intervention.

Cela confronte les ACT à un certain nombre de **difficultés** découlant autant de **contraintes structurelles et institutionnelles** que de limitations dues aux situations socio-culturelles des PM. Sur le plan structurel et institutionnel, les ACT rencontré·e·s ont fait part d'un manque de ressources, à la fois économiques et humaines, pour remplir leur mission. Quelques difficultés découlant de relations concurrentielles entre institutions, notamment relevant de l'ASS et de SSCH, ont également été évoquées. Cependant, c'est surtout du système politique et de santé que les difficultés principales découlent. Si le fédéralisme et les relatives différences cantonales ne facilitent pas le travail des ACT, c'est surtout le système des assurances

médicales qui est mis en cause. Il est considéré comme trop complexe à comprendre pour des personnes qui n'ont pas été socialisées en Suisse, trop cher pour des personnes en situation de précarité socio-économique, lacunaire dans ses prestations (non remboursement de certaines mesures de prévention comme les préservatifs ou la PrEP) et non respectueux de l'anonymat, condition importante pour que les tests de dépistage et les traitements pour le VIH/IST puissent être effectués en toute confiance.

Les **limitations dues aux situations socio-culturelles** des PM, quant à elles, se présentent sous différentes formes. Elles révèlent les difficultés de gestion des situations d'exploitation et les obstacles liés aux contextes sociaux et familiaux contrôlants. L'emprise et les contrôles sur la sexualité exercés par autrui (parents, partenaires, exploitant-e-s) rendent plus difficiles les interventions visant à mettre en place la prévention par rapport au VIH/IST et aux autres risques sexuels, comme des grossesses non voulues. La stigmatisation des genres et sexualités non-cis-hétéronormatives – qui a cours autant dans la société générale que dans les communautés ethniques – fait que les ACT rencontrent des difficultés à atteindre les PM dont l'OSIEG est minoritaire. Il en va de même pour la stigmatisation à l'égard des personnes travailleuses du sexe qui rend les interventions des ACT plus difficiles. Les croyances et représentations que les PM ont sur le VIH et les moyens de protection peuvent rendre les interventions en matière de prévention plus complexes, tout comme les tabous relatifs à la sexualité.

Sans minimiser l'importance des difficultés rencontrées par les ACT en lien avec ces situations socio-culturelles, les données récoltées montrent que les difficultés principales sont d'ordre structurel. Elles découlent des systèmes de migration et de santé qui façonnent les conditions de vie des PM en Suisse, de par les restrictions et contraintes qu'ils leur imposent.

Bases de réflexion pour l'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des PM

Les trois enquêtes de terrain menées ont permis d'identifier 5 objectifs ou axes principaux d'intervention et 5 approches utiles à la réalisation de ces objectifs.

Objectifs

1. Comprendre les besoins des PM en santé globale

Comprendre les pratiques et les représentations des PM dans le domaine de la santé sexuelle et encore plus spécifiquement du VIH/IST, est une condition essentielle pour proposer des stratégies d'intervention adaptées. Pour ce faire, il importe de comprendre les besoins que ces personnes ont en santé globale. En effet, en fonction de leurs statuts légal et socio-économique en Suisse, elles peuvent être prises dans des rapports de pouvoir désavantageux vis-à-vis d'autres personnes (partenaires, particulier-ère-s, employeur-euse-s), ce qui réduit leur accès à la prévention (difficulté de négociation de l'utilisation du préservatif). Leur accès aux traitements médicaux peut également être réduit ou compromis par l'absence d'assurance maladie ou de ressources économiques pour payer les primes mensuelles de la caisse maladie, la franchise et la quote-part. Là où les interventions sont ciblées sur le VIH/IST, il importe donc de les élargir aux autres aspects de la santé globale.

2. Informer les PM sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST

Les PM, indépendamment de leurs statuts légal et socio-économique, origine ethnique, âge, genre, OSIEG et toute autre caractéristique qui les concernent, doivent être informé-e-s sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST. Les droits sexuels, ainsi que les IST autres que le VIH (types, symptômes,

traitements), sont largement méconnus par les PM rencontrées. Il en va de même pour les autotests, la PEP, la PrEP et le TasP. Des efforts supplémentaires doivent donc être engagés pour assurer une meilleure information sur ces points.

Sur le plan pratique, il importe de veiller à ce que les informations soient accessibles aux personnes allophones et illettrées. Concrètement, cela passe par la traduction des informations dans les langues parlées dans les communautés migrantes les plus présentes sur le territoire helvétique, l'utilisation du langage simplifié, la diversification des canaux de diffusion et des supports d'information (sites internet, réseaux sociaux, médias communautaires, applications de rencontre, flyers, vidéos, etc.) ainsi que le recours à des interprètes communautaires formé·e·s en santé sexuelle. La création d'une e-plateforme gérée par l'OFSP permettrait de centraliser toutes les informations sur le VIH/IST, mais aussi celles concernant l'accès à la santé, à l'éducation, au travail, etc. pour les PM, puisque cela a un impact sur l'accès à la prévention et l'adoption de comportements préventifs. La mise en œuvre de cette plateforme est à discuter. Idéalement, elle devrait être rattachée à la stratégie nationale « Égalité des chances en matière de santé ».

3. Offrir aux PM une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels

Compte tenu des diversités que la catégorie PM occulte (en termes d'âge, de genre, d'OSIEG, de niveau d'éducation, de statut professionnel, etc.), il importe de proposer une prévention diversifiée contre le VIH/IST, sans oublier les autres risques sexuels (grossesses non voulues, violences, etc.). Par rapport au VIH/IST qui nous intéresse ici de plus près, il s'agit d'offrir à la fois une prévention dite comportementale, qui fait la promotion du préservatif et du VCT, mais aussi une prévention dite biomédicale, fondée sur la prise de médicaments (TasP, PEP, PrEP).

L'accès aux différentes formes de prévention reste à améliorer dans la population migrante. Il doit être assuré, indépendamment du statut légal et socio-économique via la garantie d'anonymat, de couverture médicale et de gratuité des préservatifs, des tests de dépistage, des traitements et des soins. L'accès à la prévention dite biomédicale doit être nettement amélioré dans cette population, notamment la frange la plus précarisée qui n'a pas de couverture médicale et/ou pas les ressources économiques pour bénéficier des médicaments et traitements.

Idéalement, il faudrait également que chaque structure qui propose des offres de prévention et de soins aux PM (que ce soit un service en milieu hospitalier, un ambulatoire en ville, un ambulatoire mobile ou une antenne régionale de l'ASS) puisse offrir le plus large éventail possible de types de prévention (comportementales et biomédicales), afin d'éviter le risque de perdre des personnes dans le parcours de santé sexuelle. Ce risque est notamment important dans le cas des personnes sans-papiers. On sait en effet, que les personnes en situation irrégulière ont tendance à limiter leurs déplacements et à éviter les lieux où elles pourraient être repérées. Lorsqu'elles sont redirigées vers des structures hospitalières pour des contrôles supplémentaires, il n'est pas rare qu'elles ne se présentent pas, par crainte d'être dénoncées et expulsées de la Suisse.

4. Lutter contre les stigmatisations et discriminations intersectionnelles

Une partie des PM cumulent des caractéristiques, identités ou statuts (en lien avec leur ethnicité/race, statut légal, OSIEG, religion, statut sérologique par rapport au VIH), conditions ou expériences de vie (par ex. le travail du sexe, la traite) qui les exposent à différentes formes de stigmatisation et discrimination, comme le sexisme, le racisme, l'hétérosexisme, le cissexisme, la sérophobie, l'Islamophobie, etc. Il importe

donc d'engager des actions pour lutter contre ces formes de discriminations intersectionnelles qui peuvent amener les PM concernées à s'éloigner des structures de prévention, par crainte d'y être confrontées.

Dans le milieu médical et de l'asile, il importe de poursuivre les efforts entrepris au cours des dernières années pour sensibiliser le personnel aux identités de genre et orientations sexuelles minoritaires, ainsi qu'aux processus de racisation.

5. Améliorer l'égalité des chances en santé

Le système de santé suisse est complexe. Il importe donc d'informer les PM sur son fonctionnement et de s'assurer qu'elles le comprennent. Il s'agit également de les soutenir dans les démarches administratives pour l'affiliation à une caisse maladie, ainsi que d'aider sur le plan financier les personnes qui n'ont pas les ressources pour en payer les primes mensuelles.

Ensuite, dans le domaine spécifique du VIH/IST, améliorer l'égalité des chances en santé revient à garantir l'accès universel à la prévention et aux traitements. La gratuité des préservatifs, des tests de diagnostic, la couverture des frais pour les médicaments (que ce soit en prévention comme la PrEP ou en traitement comme les ARV) et l'anonymat dans les prises en charge sont des conditions essentielles pour que les PM en situation de vulnérabilité juridique et socio-économique puissent accéder aux soins et continuer d'en bénéficier, y compris pour les personnes plus itinérantes. Sur le plan juridique, garantir la stabilité administrative des PM à travers différentes mesures comme l'abolition des permis F et la régularisation des personnes sans-papiers permettrait de mieux assurer l'égalité des chances en santé.

Approches

Pour atteindre ces objectifs, les résultats issus des trois enquêtes montrent que 5 approches sont particulièrement utiles.

1. Approche en santé globale

Conformément à la Charte d'Ottawa (1986), intervenir avec une approche globale revient à prendre en considération aussi bien l'état de santé des personnes (santé physique, mentale, sexuelle et relationnelle) que les conditions matérielles dans lesquelles elles vivent. Pour les PM, il s'agit donc de tenir compte de leur statut légal en Suisse, en plus de leur statut socio-économique, puisque celui-ci a un impact sur leur accès à la santé, à la formation, au travail et au logement. Cette approche est déjà utilisée dans plusieurs institutions où travaillent les ACT rencontré-e-s. Elle est aussi préconisée dans les différents programmes d'intervention, que ce soit le « Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles », ou, plus largement, le « Programme national Égalité des chances en matière de santé ».

2. Approche communautaire

Une démarche d'intervention basée sur une approche communautaire suppose qu'on considère les PM comme des actrices (membres, participantes), en reconnaissant les compétences et ressources dont elles disposent pour parler de leurs expériences de vie et exprimer leurs besoins en termes de VIH/IST. Cette approche prévoit l'implication des PM autant dans la conceptualisation que la mise en œuvre des actions. Comme la précédente, cette approche aussi est déjà utilisée dans plusieurs institutions où travaillent les ACT interviewé-e-s et recommandée dans les différents programmes nationaux d'intervention dans le domaine du VIH/IST et, plus généralement, de la santé.

3. Approche inclusive

Axé les interventions sur une approche inclusive revient à adresser celles-ci à toute personne, indépendamment de caractéristiques comme l'âge, le genre, l'OSIEG, l'origine ethnique, le statut légal en Suisse, etc. Cela oriente les interventions vers le décloisonnement des catégories de populations cibles, trop réductrices, comme nous l'avons vu, par rapport à la complexité et à l'intersectionnalité des identifications sexuelles et de genre, ainsi que des pratiques sexuelles. Adopter une approche inclusive revient à rompre avec des approches ethno-hétéro-cis-centrées. Si le « Programme national Égalité des chances en matière de santé » est axé sur le principe d'inclusivité, le « Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles » reste axé sur la distinction de populations-cibles.

4. Approche intersectionnelle

Une démarche d'intervention basée sur une approche intersectionnelle revient à ne pas réduire une personne à une seule ou quelques caractéristiques qui l'identifient (migrante, âgée, sans-papiers, hétérosexuelle, transgenre, etc.), mais à prendre en compte toutes ses caractéristiques. Les résultats présentés ici ont clairement montré la nécessité de ne pas réduire les PM à leur seule identité de migrant-e. L'âge, le genre, l'OSIEG, l'appartenance ethnique/raciale et religieuse et le statut juridique en Suisse, tout comme les conditions matérielles de vie, l'itinérance et les ressources à disposition (linguistiques, matérielles, cognitives, symboliques) sont autant de dimensions qu'il faut prendre en compte pour penser l'intervention auprès de ces personnes. En ce sens, l'évolution du Programme national de « Migration et santé » vers « Égalité des chances en matière de santé », ainsi que des structures hospitalières de « Migrant friendly hospitals » vers des « Swiss Hospitals for Equity »³⁷ est tout à fait pertinente.

Asseoir l'intervention sur une approche intersectionnelle revient également à considérer les effets d'intersection entre les caractéristiques, et à tenir compte des rapports de pouvoir dans lesquels les personnes sont prises (sexisme, hétérosexisme, cissexisme, racisme, etc.). Ces rapports se manifestent dans des interactions quotidiennes, que ce soit dans le cadre de relations intimes, professionnelles ou autres. Enfin, l'approche intersectionnelle s'intéresse également aux stratégies que les personnes mettent en œuvre pour lutter contre les systèmes d'oppression, en évitant de les réduire à des individus passifs, victimes de discriminations.

Une démarche d'intervention basée sur une approche intersectionnelle suppose, de la part des ACT, de faire un travail préalable d'autoréflexion et d'autocritique, afin de prendre conscience de sa propre position dans le système de privilèges et oppressions. Ce travail consiste à s'engager à :

- Reconnaître l'existence d'un rapport de pouvoir dans le contexte de toute intervention, soit-elle sociale, médicale, juridique ou autre, notamment quand elle concerne des sujets sensibles comme la migration, la sexualité, la santé sexuelle ou le VIH/IST.
- Prendre conscience de sa position sociale, car elle impacte ses rapports avec les autres personnes impliquées dans l'intervention.
- Se poser des questions sur ses caractéristiques et identités (genre, âge, origine ethnique, OSIEG, etc.), sur ses représentations (des genres, des sexualités, des migrations, de la santé, etc.), ses valeurs morales et ses convictions (politiques, religieuses, etc.).

³⁷ Pour plus d'informations sur le Programme national Égalité des chances en matière de santé :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/gesundheitsliche-chancengleichheit.html>

Pour plus d'informations sur les Swiss Hospitals for Equity : <https://www.hospitals4equity.ch/?lang=fr>

- Prendre conscience que ses identités, représentations et convictions ont un impact sur les rapports avec les autres personnes impliquées dans l'intervention.

Dans les interventions avec les PM, l'approche intersectionnelle peut être concrètement opérationnalisée de cette manière :

- Considérer chaque personne comme une personne unique et aller à sa rencontre, sans préjuger de ses caractéristiques, identités, de son appartenance à des groupes sociaux, opinions, cultures, langues ou religions.
- Écouter et respecter la façon dont chaque personne se définit, raconte ses expériences et parle de ses besoins.
- Encourager et promouvoir la diversité et la participation des personnes concernées à tous les niveaux de l'intervention (équipes d'intervention et instances décisionnelles).
- Favoriser l'empowerment des personnes participantes (capacité d'action et autonomie, sentiment de prise sur sa propre vie).

5. Approche de la sécurité culturelle

L'approche intersectionnelle se combine bien avec l'approche de la sécurité culturelle (ou sécurisation culturelle). Celle-ci rompt avec l'idée selon laquelle le personnel soignant doit se focaliser sur la connaissance des normes et valeurs culturelles de différents groupes ethniques. Cela le protège du risque d'essentialisme culturel basé sur des stéréotypes et une tendance à homogénéiser des groupes qui ne le sont pas (les Africains, les Subsahariens, les Erythréens, etc.). Dans une démarche d'autoréflexivité et d'autocritique, l'approche de la sécurité culturelle invite le personnel soignant à se concentrer sur ses valeurs culturelles et l'impact de celles-ci sur le rapport à l'altérité et la relation de soins. Cela implique de sa part qu'il se questionne sur ses attitudes, représentations, aprioris, stéréotypes et préjugés qui ont tous un impact sur la qualité des soins.

L'urgence plus sociale que sanitaire...

Au final, ces objectifs et approches montrent qu'il y a urgence dans le domaine du VIH/IST et de la migration, mais qu'elle est plus sociale que sanitaire. Les freins à la mise en place de mesures de prévention en matière de VIH/IST sont plus structurels et relationnels, qu'institutionnels ou individuels. Ils ne peuvent pas être compris sans tenir compte de :

1. Les **conditions de vie des PM** (statut légal, logement, travail, etc. selon une approche globale de la santé) et les **rapports de domination** dans lesquels elles sont prises (relations de dépendance, de subordination, voire d'exploitation). Ces inégalités sociales imposent aux PM des contraintes et réduisent leurs ressources, se traduisant, au final, dans des iniquités de santé.
2. Les **rapports sociaux** et les **types de relations** qui encadrent les rapports sexuels :
 - Les **rapports de genre** : dans les relations hétérosexuelles, la négociation du préservatif est rapportée comme plus difficile pour les femmes que pour les hommes, d'autant plus si elles dépendent économiquement et/ou juridiquement de leur conjoint.
 - Les **relations de dépendance** : dans les relations de couple où un-e partenaire dépend de l'autre sur le plan juridique et/ou économique, la négociation du préservatif est décrite comme plus difficile (que ce soit dans le cadre de relations hétérosexuelles ou homosexuelles), car la

personne en situation de dépendance se sent redevable. Il s'agit également de situations où les risques de violences et d'abus sont plus importants.

- Les **relations d'exploitation** : la volonté de régler le plus rapidement possible la dette qu'elles ont envers les trafiquant·e·s peut pousser les personnes victimes de traite à avoir des rapports sexuels tarifés sans préservatif (plus chers sur le marché du sexe).
- Les **transactions sexuelles** : plus les personnes sont en situation économique et/ou juridique désavantageuse, plus la négociation du préservatif est décrite comme difficile.

Ces éléments montrent l'importance de considérer que la vulnérabilité au VIH/IST n'est qu'une forme de vulnérabilité sexuelle parmi d'autres auxquelles les PM peuvent être confrontées (comme les persécutions pour OSIEG, les MGF, les violences sexuelles, les violences physiques et psychologiques lors de rapports sexuels). À son tour, la vulnérabilité sexuelle n'est qu'une vulnérabilité parmi d'autres, dont la vulnérabilité juridique et la vulnérabilité socio-économique qui préoccupent en priorité ces personnes.

Cela montre donc la **nécessité de mettre en œuvre des interventions structurelles pour diminuer les inégalités sociales** entre les personnes suisses ou au bénéfice d'un permis d'établissement et les PM (statuts légaux et droits afférents en termes d'accès au logement, au travail, à l'aide sociale, à la santé). En effet, ce sont ces inégalités sociales qui placent en situation de vulnérabilités plurielles les PM interviewées dans le cadre de cette enquête. Les interventions des ACT ne suffisent pas à enrayer les difficultés rencontrées par ces personnes, car ces difficultés se nourrissent de mécanismes socio-économiques inégalitaires. Pour réduire les vulnérabilités des PM au VIH/IST, il s'agit d'adopter des mesures politiques vouées à assurer une distribution plus équitable des ressources.

Dans une optique d'équité, les structures publiques de santé doivent être accessibles à toute personne, indépendamment de son statut légal et socio-économique et de sa couverture médicale. Mais cela va plus loin. Dans une perspective de santé globale, cela revient également à garantir l'accès au logement, au travail, à l'éducation à toute personne vivant en Suisse, indépendamment de son statut légal et socio-économique. Enfin, comme aucune PM ne saurait être réduite à sa condition de migrante et à son statut socio-économique, il importe également d'assurer une distribution plus équitable des ressources pour les personnes moins formées, pour les personnes ayant une OSIEG non-hétéro-cis et pour toute autre personne en situation de désavantage.

Pour conclure au sujet de cette réflexion sur les stratégies d'intervention, nous adhérons à la considération selon laquelle, il est nécessaire d'introduire un quatrième 90 dans la cible 90-90-90 de l'ONUSIDA³⁸ : « La précarité, ainsi que l'atteinte aux droits, éloignent les populations clés de l'épidémie du système de santé et empêchent d'atteindre pleinement l'objectif '90-90-90'. Parce qu'une lutte efficace contre les épidémies ne peut pas faire l'économie d'une lutte contre les inégalités sociales, l'intégration dans la stratégie de lutte contre le VIH d'un 'quatrième 90' centré sur les conditions de vie et de soin des personnes doit devenir une priorité des politiques de santé et servir de modèle dans la lutte contre d'autres épidémies, telles que celle de la Covid-19 » (AIDES, 2020, p. 19).

³⁸ Cette cible prévoit que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, que 90% de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement antirétroviral durable et que 90% des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

Pertinence et opérationnalisation du concept de vulnérabilité dans la modélisation des interventions dans le domaine du VIH/IST

Les résultats restitués dans ce rapport montrent que le concept de vulnérabilité est pertinent pour saisir les expériences vécues par les PM rencontrées, pour autant que la vulnérabilité ne soit conçue ni comme un état (et donc immuable), ni comme la condition d'une personne. Tout au plus, elle est une condition humaine universelle et donc anthropologique. Face au VIH/IST, notamment, toute personne sexuellement active est à risque d'infection et donc, en ce sens, potentiellement en situation de vulnérabilité. Cependant, certaines personnes sont, à certains moments et dans certaines circonstances, davantage exposées à ce risque, en fonction notamment de leur OSIEG et/ou du travail qu'elles exercent pour les personnes travailleuses du sexe, mais également de leur statut légal en Suisse, de leur statut socio-économique et des rapports de pouvoir dans lesquels leurs caractéristiques et statuts les inscrivent. Ces rapports de pouvoir se traduisent dans des conditions de vie et des cadres relationnels qui placent les personnes concernées face à un risque accru de contracter le VIH/IST.

Il en résulte donc que la vulnérabilité au VIH/IST, entendue à la fois comme l'exposition à un risque accru d'infection au VIH/IST (en raison de certains contextes, situations et relations dans lesquels certaines personnes sont prises), et d'aggravation de l'état de santé pour les personnes infectées (en raison des difficultés d'accès aux soins pour les personnes qui vivent avec le VIH/IST), ne peut être comprise qu'en tenant compte des autres vulnérabilités auxquelles les PM sont confrontées. C'est notamment le cas des vulnérabilités en lien avec leur statut légal en Suisse (situation qui leur est spécifique), leur statut socio-économique, leur OSIEG, leur race/origine ethnique et, pour certaines PM, l'exercice du travail du sexe. Comme les résultats présentés ici l'ont mis en lumière, ces vulnérabilités sont imbriquées les unes dans les autres et se combinent dans des spirales de vulnérabilisation dans lesquelles sont entraînés les PM. Plus que vulnérables, les personnes seraient alors vulnérabilisées, en raison de structures et systèmes qui les marginalisent.

Si les résultats montrés ici permettent de souligner la pertinence du concept de vulnérabilité pour rendre compte des situations vécues par les PM face au VIH/IST, nous verrons dans le dernier point de la conclusion, consacré aux perspectives d'avenir, que le passage du paradigme de la vulnérabilité au paradigme de l'empowerment permettrait d'adopter une approche plus dynamique (en termes processuels) et positive.

Limites de l'enquête et recherches futures

L'enquête Mi.STI, comme toute enquête, présente un certain nombre de limites. Nous revenons ici sur celles que nous considérons comme principales.

Comme mentionné dans le chapitre 2, les deux objectifs sur les formes de communication entre les institutions, les réseaux et les collaborations n'ont pu être explorés que partiellement. Pendant les entretiens individuels avec les ACT, nos interviewé-e-s ont thématiquement davantage leurs pratiques d'intervention au quotidien et les difficultés qu'il-elle-s rencontrent, que les collaborations avec leurs partenaires. Nous avons prévu de reprendre ce point lors des focus-groups (FG) avec les ACT, mais les contraintes imposées par la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 nous ont amené-e-s à modifier la méthode de récolte des données pour cette phase de l'enquête. Cela nous a empêché de compléter les informations sur les formes et les réseaux de collaboration entre institutions.

S'agissant d'une étude exploratoire, la problématique est très large. Cela se répercute sur les thématiques abordées pendant les entretiens, dont le nombre n'a pas permis d'aller en profondeur sur toutes. Pour pallier à ce problème, il aurait fallu rencontrer les personnes interviewées (ou certaines parmi elles) pour un deuxième entretien d'approfondissement.

Une autre limite de l'enquête tient aux échantillons réunis, que ce soit du côté des ACT que des PM. Au vu du nombre d'institutions actives dans le domaine du VIH/IST et de la migration en Suisse, nous avons dû faire une sélection très limitée, sur la base de critères discutés avec le COPIL et le groupe PARTEN. Il en va de même pour les PM, ce qui fait que certains profils ne sont pas représentés.

Enfin, le choix imposé de prendre en compte à la fois le VIH et les autres IST reflète un problème qui existe également sur le terrain. Quand on les prend ensemble, les IST autres que le VIH se font éclipser par celui-ci. Par exemple, la catégorie des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) n'est pas visible dans les politiques de santé publique qui luttent contre le VIH/IST, en raison du fait qu'il y a peu de contaminations au VIH au sein de cette population, alors que ces femmes sont concernées par les autres IST. De la même manière, lors de nos entretiens, il a beaucoup plus été question de VIH que des autres IST et dans notre échantillon, malheureusement aucune FSF ne figure parmi les PM rencontrées.

Quant aux recherches futures, les résultats de Mi.STI suggèrent l'importance de se concentrer sur les inégalités sociales dans l'accès à la prévention et aux soins contre le VIH/IST. Ils indiquent plusieurs pistes pour de recherches futures. Une première piste, comme nous venons de l'évoquer, consiste à se focaliser sur les IST autres que le VIH, afin d'avoir une vision plus précise des connaissances et comportements des PM par rapport à celles-ci. Une deuxième piste consiste à étudier l'impact des différents types de discriminations vécues par les PM (sexisme, hétérosexisme, cissexisme, racisme, etc.) sur les comportements préventifs en matière de VIH/IST et sur l'accès aux soins. Enfin, d'autres pistes de recherche portent sur des questions plus spécifiques. Cela peut être le cas de la fréquentation des structures existantes par les PM ayant des OSIEG minoritaires, les connaissances et l'acceptabilité de la PrEP pour les PM ou les points de vue des PM sur le questionnaire BerDa utilisé lors des VCT.

Perspectives d'avenir : trois changements de paradigme

Les résultats issus de Mi.STI suggèrent que trois changements de paradigme vont se profiler dans les années à venir :

- Du paradigme axé sur des populations cibles (ou clés) à un paradigme inclusif
- Du paradigme biomédical au paradigme socio-médical
- Du paradigme de la vulnérabilité au paradigme de l'empowerment.

Le paradigme inclusif permettra d'être plus en phase avec un des principaux objectifs en santé publique : l'égalité des chances en matière de santé.

Le paradigme socio-médical permettra de s'attaquer à l'urgence sociale de l'accès à la prévention et aux soins pour toutes les personnes présentes sur le territoire suisse.

Le paradigme de l'empowerment permettra d'augmenter la capacité d'action et d'autonomie des PM.

La combinaison des trois changements permettra d'évoluer vers une société plus inclusive et respectueuse des diversités, en valorisant les compétences et ressources des PM, en facilitant l'acquisition de celles dont elles ne disposent pas, afin de favoriser la capacité d'action et l'autonomie des personnes vulnérabilisées.

9 Références

- Achtermann, W., & Berset, C. (2006). *Les Politiques suisses de santé. Potentiel pour une politique nationale*. Office fédéral de la santé publique.
- AIDES. (2020). *VIH/hépatites, la face cachée des discriminations*. Rapport 2020.
- Alla, F., & Kivits, J. (2015). La recherche interventionnelle en santé publique : partenariat chercheurs-acteurs, interdisciplinarité et rôle social. *Santé Publique*, 27(3), 303-304. <https://doi.org/10.3917/spub.153.0303>
- Amsellem-Mainguy, Y., & Le Grand, É. (2014). Conclusion. *Cahiers de l'action*, 43(3), 73-74. <https://doi.org/10.3917/cact.043.0073>
- Baghdadi, N., Reutlinger, C., & Schöne, M. (2014). "Arbeiten gegen des Strom": Transnationale Zugänge in der Sozialen Arbeit. In S. Voelin, M. Eser Davolio, & M. Lindenau (Eds.), *Le travail social: entre résistance et innovation. Sozial Arbeit: zwischen Widerstand and Innovation* (pp. 111-121). IES.
- Balthasar, H., & Dubois-Arber, F. (2007). *Évaluation des activités de prévention du VIH/sida auprès des clients de la prostitution en Suisse*. Raisons de santé, 128, IUMSP.
- Beaud, S. (1996). L'usage de l'entretien en sciences sociales. Plaidoyer pour l'«entretien ethnographique». *Politix*, 9(35), 226-257. <https://doi.org/10.3406/polix.1996.1966>
- Beck, L., Fuchs, S., Thoma, M., Althaus, E., & Glaser, M. (2018). *Offre d'aide au logement pour les ménages vulnérables. Guide pour les cantons, les villes et les communes*.
- Becker, H. S. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. La Découverte.
- Bilge, S. (2009). Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes*, 225(1). <https://doi.org/10.3917/dio.225.0070>
- Bilge, S. (2010). De l'analogie à l'articulation : théoriser la différenciation sociale et l'inégalité complexe. *L'Homme et la société*, 176-177(2), 43. <https://doi.org/10.3917/lhs.176.0043>
- Bilge, S., & Roy, O. (2010). La discrimination intersectionnelle : la naissance et le développement d'un concept et les paradoxes de sa mise en application en droit antidiscriminatoire. *Canadian journal of law and society*, 25(1), 51-74. <https://doi.org/10.1017/s0829320100010218>
- Biscontin, G., Christinet, V., Cand, J.-P., Volkmar, E., & Périat, E. (2017). Santé des travailleuses du sexe transgenres, un projet pilote. *Revue Médicale Suisse*, 13, 2192-2193.
- Biscontin, G., Christinet, V., Dallinge, A., Lambelet Métraux, N., & Cand, J.-P. (2020). Dépistage du VIH hors murs avec annonce du résultat sur place auprès des HSH. *Revue Médicale Suisse*, 16, 1660-1661.
- Biscontin, G., Dallinge, A., Christinet, V., Lambelet Métraux, N., & Cand, J.-P. (2019). *Tests du VIH à résultat rapide avec annonce du résultat sur place chez les HSH qui fréquentent les établissements « gay » et lieux de rencontre extérieurs vaudois et fribourgeois. Evaluation de la faisabilité et de l'impact*. Fondation PROFA-Checkpoint VD.
- Bize, R., Samitca, S., & Henry, V. (2017). *Etat des lieux sur la prescription de PrEP auprès d'un échantillon de médecins en Suisse*. Raisons de santé, 280, IUMSP.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.

- Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2012). La sécurité culturelle : une analyse du concept. *Recherche en soins infirmiers*, 111(4), 22-35. <https://doi.org/10.3917/rsi.111.0022>
- Bowleg, L. (2008). When Black + Lesbian + Woman ≠ Black Lesbian Woman: The Methodological Challenges of Qualitative and Quantitative Intersectionality Research. *Sex Roles*, 59(5), 312-325. <https://doi.org/10.1007/s11199-008-9400-z>
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality-an important theoretical framework for public health. *Am J Public Health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300750>
- Bresson, M. (2013). Les populations : qui est vulnérable ? In M. Bresson, V. Geronimi, & N. Pottier (Eds.), *La vulnérabilité : questions de recherche en sciences sociales* (pp. 19-22). Fribourg Academic Press.
- Broqua, C., & Deschamps, C. (2014). *L'échange économique-sexuel*. EHESS.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Smye, V., Reimer-Kirkham, S., Lynam, M. J., & Wong, S. (2009). Cultural safety and the challenges of translating critically oriented knowledge in practice. *Nurs Philos*, 10(3), 167-179. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2009.00406.x>
- Browne, K. (2005). Snowball sampling: using social networks to research non-heterosexual women. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 47-60. <https://doi.org/10.1080/1364557032000081663>
- Carbajal, M., Colombo, A., & Tadorian, M. (2019). Consentir à des expériences sexuelles sans en avoir envie. La logique de redevabilité : responsabilité individuelle ou injonction sociale genrée? *Journal des anthropologues*, 156-157, 197-218. <https://doi.org/10.4000/jda.8244>
- Cattacin, S., Chimienti, M., Hachimi Alaoui, M., Nacu, A., & Paugam, S. (2009). *Politique de migration et politique de santé en Europe. Des normes aux pratiques*. Eris et Département de sociologie.
- Champenois, K., Le Gall, J. M., Jacquemin, C., Jean, S., Martin, C., Rios, L., Benoit, O., Vermoesen, S., Lert, F., Spire, B., & Yazdanpanah, Y. (2012). ANRS-COM'TEST: description of a community-based HIV testing intervention in non-medical settings for men who have sex with men. *BMJ Open*, 2(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000693>
- Charte d'Ottawa (1986).
- Collins, P. H. (2013). *Intersecting Oppressions*. Sage, 1-11. http://www.uk.sagepub.com/upm-data/13299_Chapter_16_We
- Combessie, P., & Mayer, S. (2013). Une nouvelle économie des relations sexuelles. *Ethnologie française*, 43(3), 381-389.
- Corbin, J., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research. Techniques and procedures for developing grounded theory*. Sage.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 139-168.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241-1299. <https://doi.org/10.2307/1229039>

- Curtis, E., Jones, R., Tipene-Leach, D., Walker, C., Loring, B., Paine, S.-J., & Reid, P. (2019). Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *International Journal for Equity in Health*, 18(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
- De Certeau, M., & Giard, L. (1990). *L'invention du quotidien. Arts de faire* (Vol. 1). Gallimard.
- De Jonckheere, C. (2010). *83 mots pour penser l'intervention en travail social*. IES.
- Déclaration communautaire de Paris (2017).
- Di Ciaccio, M. (2019). *Approche psychosociale de la gestion du risque VIH des Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes (HSH) dans un essai de prévention biomédicale communautaire (ANRS-IPERGAY)*. Université de Lyon.
- Doyal, L. (2009). Challenges in researching life with HIV/AIDS: an intersectional analysis of black African migrants in London. *Cult Health Sex*, 11(2), 173-188. <https://doi.org/10.1080/13691050802560336>
- Duchesne, S., & Haegel, F. (2008). *L'entretien collectif. L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin.
- Durieux-Paillard, S., & Jackson, Y.-L. (2019). Migrants en situation vulnérable : leur accès aux soins correspond-il à leurs besoins de santé ? *Revue Médicale Suisse*, 15, 478-481.
- État de Fribourg (2019). *Bienvenue dans le canton de Fribourg. Français/Langage simplifié*. Bureau de l'intégration des migrant-e-s et de la prévention du racisme.
- Ferro-Luzzi, G., Duvoisin, A., & Fakhoury, J. (2019). *Évaluation du projet pilote Papyrus relatif à la régularisation des travailleurs sans statut légal à Genève*. Département de la sécurité et de l'économie; Département de la sécurité.
- Ferron, C., Breton, E., & Guichard, A. (2013). *Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble* (Vol. 425). Inpes.
- Fontaine, A. (2014). Le travail de rue : accompagner les jeunes au fil de leurs aléas existentiels et quotidiens. *Lien social et Politiques*, 70, 189-203. <https://doi.org/10.7202/1021163ar>
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2012). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Aldine.
- Gloor, E., Meystre-Agustoni, G., Ansermet-Pagot, A., Vaucher, P., Durieux-Paillard, S., Bodenmann, P., & Cavassini, M. (2011). Travailleuses du sexe : un accès aux soins limité? *Revue Médicale Suisse*, 7, 1428-1432.
- Hachfeld, A., Darling, K., Calmy, A., Ledergerber, B., Weber, R., Battegay, M., Wissel, K., Di Benedetto, C., Fux, C. A., Tarr, P. E., Kouyos, R., Ruggia, L. S., Furrer, H. J., & Wandeler, G. (2019). Why do sub-Saharan Africans present late for HIV care in Switzerland? *HIV Med*, 20(6), 418-423. <https://doi.org/10.1111/hiv.12727>
- Hadj, L., Desgrées du Loû, A., Dupont, J., & Nguyen, V. K. (2017). Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Île-de-France d'une nouvelle offre de prévention du VIH : le Truvada® en prophylaxie pré-exposition (PrEP). Une enquête exploratoire. *Bull Epidémiol Hebd*, 6, 110-114.

- Hampel, B., Kusejko, K., Braun, D. L., Harrison-Quintana, J., Kouyos, R., & Fehr, J. (2017). Assessing the need for a pre-exposure prophylaxis programme using the social media app Grindr®. *HIV Med*, 18(10), 772-776. <https://doi.org/10.1111/hiv.12521>
- Hancock, A.-M. (2007). Intersectionality as a Normative and Empirical Paradigm. *Politics & Gender*, 3(2), 248-254. <https://doi.org/10.1017/S1743923X07000062>
- Henchoz, C., Poglia Mileti, F., & Coste, T. (2020). Circuits transnationaux d'endettement et parcours migratoire : rémitances, échanges économiques et dettes des migrants en Suisse. *Revue européenne des migrations internationales*, 36(4), 167-188.
- Hoenigl, M., Little, S. J., Grelotti, D., Skaathun, B., Wagner, G. A., Weibel, N., Stockman, J. K., & Smith, D. M. (2020, Oct 23). Grindr Users Take More Risks, but Are More Open to Human Immunodeficiency Virus (HIV) Pre-exposure Prophylaxis: Could This Dating App Provide a Platform for HIV Prevention Outreach? *Clin Infect Dis*, 71(7), e135-e140. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz1093>
- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Armand-Colin.
- Lejeune, C. (2014). *Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter, ni classer*. De Boeck.
- Lorente, N., Preau, M., Vernay-Vaisse, C., Mora, M., Blanche, J., Otis, J., Passeron, A., Le Gall, J. M., Dhotte, P., Carrieri, M. P., Suzan-Monti, M., Spire, B., & Group, A.-D. S. (2013). Expanding access to non-medicalized community-based rapid testing to men who have sex with men: an urgent HIV prevention intervention (the ANRS-DRAG study). *Plos One*, 8(4), e61225. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061225>
- Maillefer, F., Bovet, É., Jaton, L., Bodenmann, P., & Ninane, F. (2019). Facilitateurs et barrières pour l'accès aux soins chez les requérants d'asile du canton de Vaud en Suisse et recommandations. *Recherche en soins infirmiers*, 137(2), 26-40. <https://doi.org/10.3917/rsi.137.0026>
- Martuccelli, D. (2014). La vulnérabilité, un nouveau paradigme? . In A. Brodiez, C. Laval, & B. Ravon (Eds.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales* (pp. 27-39). Presses Universitaires de Rennes.
- Mellini, L., Poglia Mileti, F., & Villani, M. (2016). Migrants et séropositives : les stratégies de l'agir secret. *Interrogations ?*, 22. <http://www.revue-interrogations.org/Migrants-et-seropositives-en>
- Mellini, L., Poglia Mileti, F., & Villani, M. (2020). La vulnérabilisation des femmes africaines et séropositives en contexte migratoire. In B. F. Bationo & A. Palé (Eds.), *Vulnérabilités et accès aux soins de santé en Afrique contemporaine*. Editions Science et Bien Commun. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/vulnerabilites/chapter/la-vulnérabilisation-des-femmes-africaines-et-seropositives-en-contexte-migratoire/>
- Monceau, G. (2008). Entre pratique et institution. L'analyse institutionnelle des pratiques professionnelles. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 41(1), 145-159. <https://doi.org/10.3917/nras.041.0145>
- Morel, S., & Cottreau, V. (2020). L'accès aux soins des migrants primo-arrivants. *Emulations - Revue de sciences sociales*(35-36), 81-94. <https://doi.org/10.14428/emulations.03536.06>
- Müller, F., Laubereau, B., Bucher, N., & Ostrowski, G. (2017). *Soins de santé pour les requérants d'asile. Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)*.

- OFSP (2016a). Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+. Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST. *Bundesamt für Gesundheit BAG*, 1-96. <https://www.bag.admin.ch/cadre-mv>
- OFSP (2016b). Recommandations de la Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) en matière de prophylaxie préexposition contre le VIH (PrEP) en Suisse. *OFSP-Bulletin*, 4, 77-79.
- OFSP (2020). Maladies transmissibles. *Bulletin du 23 novembre* 48, 8-39.
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Berg, R. C., Fernández-Dávila, P., Mirandola, M., Marcus, U., Weatherburn, P., & Schmidt, A. J. (2017). Anti-LGBT and Anti-immigrant Structural Stigma: An Intersectional Analysis of Sexual Minority Men's HIV Risk When Migrating to or Within Europe. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 76(4), 356-366. <https://doi.org/10.1097/qai.0000000000001519>
- Pachankis, J. E., Hatzenbuehler, M. L., Hickson, F., Weatherburn, P., Berg, R. C., Marcus, U., & Schmidt, A. J. (2015). Hidden from health: structural stigma, sexual orientation concealment, and HIV across 38 countries in the European MSM Internet Survey. *AIDS*, 29(10), 1239-1246. <https://doi.org/10.1097/qad.0000000000000724>
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative: Une méthodologie de la proximité. In H. Dorvil & R. Mayer (Eds.), *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies* (Vol. 3, pp. 409-444). Presses de l'Université de Québec. <https://doi.org/10.2307/j.ctv18pgtsn.20>
- Parazelli, M., & Bourbonnais, M. (2017). L'empowerment en travail social. Perspectives, enseignements et limites. *Sciences & Actions Sociales*, 6(1), 23-52. <https://doi.org/10.3917/sas.006.0023>
- Pialoux, G. (2020). Stratégies comportementales et prévention mécanique. In C. Katlama, J. Ghosn, & G. Wandeler (Eds.), *VIH, hépatites virales, santé sexuelle* (pp. 687-691). EDP Sciences.
- Pluess, S., & Zellweger, E. (2013). *Gérer la diversité en milieu hospitalier. Programme d'action "migrant-friendly hospitals"*. Evaluanda.
- Potvin, L., Di Ruggiero, E., & Shoveller, J. (2013). Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. In C. Ferron, É. Breton, & A. Guichard (Eds.), *Recherche interventionnelle en santé publique : quand chercheurs et acteurs de terrain travaillent ensemble* (Vol. 425, pp. 13-16). Inpes.
- Potvin, L., Sherri L. Bisset, S. L., & Walz, L. (2010). Participatory action research: Theoretical perspectives on the challenges of researching action. In I. Bourgeault, R. Dingwall, & H. De Vries (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research* (pp. 433-453). SAGE <https://doi.org/10.4135/9781446268247>
- Pouchadon, M.-L. (2017). Évolutions des principes d'intervention et des pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. *Sciences & Actions Sociales*, 7(2), 116-127. <https://doi.org/10.3917/sas.007.0116>
- PREOS (2012). *Vers l'égalité des chances en matière de santé pour les personnes LGBT : le rôle du système de santé. État des lieux et recommandations*.
- Principes de Denver (1983).
- Ramos, E. (2015). *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyses*. Armand Colin.
- Ramsden, I. (1993). Cultural safety in nursing education in Aotearoa (New Zealand). *Nurs Prax N Z*, 8(3), 4-10.

- Reutlinger, C., Baghdadi, N., & Kniffki, J. (2011). *Die soziale Welt quer denken. Transnationalisierung und ihre Folgen für die Soziale Arbeit*. Frank & Timme.
- Santé sexuelle suisse (2014). *Le conseil en santé sexuelle et reproductive pour les migrantes et les migrants. Guide à l'usage des professionnel-le-s*.
- Slotwinskiy, M., Stutzerz, A., & Uhligx, R. (2018). *Are asylum seekers more likely to work with more inclusive labor market access regulations?* WWZ Working Paper, University of Basel.
- Weber, D. (2020). *Égalité des chances dans la promotion de la santé en Suisse. Définitions, introduction théorique, recommandations pratiques. Rapport de base*. PSCH, OFSP, CDS.
- Wetzel, D., Delicado, N., Wehrli, M., & Pecoul, V. (2019). *Mise en place d'une consultation VCT VIH/IST pour les personnes exerçant la prostitution à Genève. Rapport d'activité de la phase pilote mars 2017- mars 2019*.
- Wetzel, D., Jeannot, E., & Durieux-Paillard, S. (2019). Niveau de connaissances et comportement en matière de prévention du VIH au sein d'une population de migrants. *Revue Médicale Suisse*, 15, 748-751.

Annexe 1 : Résumé de l'enquête

Contexte

Mi.STI (*Migration & Sexually Transmitted Infections*) est une enquête qualitative et participative financée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Elle a été menée par une équipe de chercheur·euse·s sociologues de l'Université de Fribourg entre octobre 2019 et mars 2022.

Dans le domaine du VIH/IST et de la migration, l'OFSP s'est doté du « Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST – Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ » (cadre MV). Ce cadre identifie des facteurs de vulnérabilité au VIH/IST et préconise différents types d'actions auprès de personnes migrantes dites « vulnérables » : sensibilisation aux droits sexuels ; prévention primaire du VIH/IST ; conseil, diagnostic et traitement ; mise en place de conditions durables.

L'enquête Mi.STI avait pour but de comprendre, d'un point de vue qualitatif, quelles sont les réalités vécues par les personnes migrantes et les différent·e·s acteurs impliqué·e·s dans ce domaine qui touche à la fois la santé, la migration et l'intervention sociale.

Objectifs et méthodes

Mandatée dans ce cadre, l'enquête Mi.STI s'est donnée pour objectifs de :

- Étudier la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes
- Étudier les actions des institutions face à la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes
- Proposer des bases de réflexion pour l'intervention liée à la vulnérabilité au VIH/IST des personnes migrantes.

Pour atteindre ces objectifs, la recherche s'est déroulée en trois phases :

1. L'**enquête 1** a été menée auprès d'**acteur·rice·s de terrain (ACT)**, travaillant dans le domaine du VIH/IST et de la migration. Elle visait à étudier les actions mises en place par les institutions pour faire face à la vulnérabilité au VIH/IST en contexte migratoire. Il s'agissait de récolter les expériences subjectives des personnes intervenant dans le domaine du VIH/IST et de la migration, dresser un état des lieux de leurs activités et identifier les principales difficultés qu'elles rencontrent.
2. L'**enquête 2** a été menée auprès de **personnes migrantes (PM)**. Elle visait à étudier leur vulnérabilité au VIH/IST. Il s'agissait d'identifier les situations de vulnérabilité auxquelles ces personnes sont confrontées et montrer leur imbrication ; comprendre leurs expériences et perceptions subjectives en lien avec le VIH/IST, ainsi que leur niveau de connaissance des offres de prévention.
3. L'**enquête 3** a fait dialoguer des **ACT** avec des **PM**. Elle visait à dégager des pistes d'intervention liée au domaine du VIH/IST dans le contexte migratoire en s'appuyant sur les échanges des participant·e·s en interaction.

La recherche Mi.STI a été encadrée par un groupe de pilotage (COFIL) constitué de deux membres de l'équipe de recherche et deux représentantes de l'OFSP. Fondée sur une approche participative, elle a bénéficié de l'accompagnement d'un groupe transdisciplinaire de partenaires de terrain (groupe PARTEN).

Ce groupe s'est engagé dans toutes les phases de l'enquête : de la mise en place du dispositif méthodologique, à la conceptualisation d'une stratégie d'intervention, en passant par la discussion et la diffusion des résultats de l'enquête.

Les données ont été récoltées dans le cadre d'entretiens approfondis avec des ACT (N=20) et des PM (N=28), ainsi que dans le cadre d'échanges en binôme entre un-e ACT et une PM (N=12).

L'échantillon des ACT interviewé·e·s était composé de personnes résidant dans différents cantons alémaniques et francophones et travaillant dans des domaines d'intervention variés : médical, social, migration, santé sexuelle, VIH/IST, travail du sexe, LGBTQI+, asile, sans-papiers, traite et violences. Les statuts et fonctions des ACT étaient diversifiés : médecins, infirmier·ère·s, conseiller·ère·s en santé sexuelle, intervenant·e·s soci-aux-ales, responsables de projets, médiateur·rice·s, pair·e·s et interprètes.

L'échantillon des PM était constitué de personnes dites primo-migrantes, âgées de plus de 18 ans, sexuellement initiées et ayant des statuts légaux précaires en Suisse (permis N, F, B ou sans permis de séjour). L'échantillon est diversifié en termes de cantons de résidence, de pays d'origine, d'orientations sexuelles, d'identités de genre et de statuts sérologiques au VIH/IST.

La composition de l'échantillon a tenu compte des catégories de « migrants vulnérables », définies à partir des facteurs de vulnérabilité au VIH/IST établis par le cadre MV de l'OFSP : la forte prévalence du VIH et autres IST dans le pays d'origine, l'activité de travailleur·euse du sexe, l'appartenance au groupe des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, l'appartenance au groupe des personnes transgenres, la consommation de drogues par injection, le séjour illégal ou précaire en Suisse mais aussi la précarité sociale et économique, le faible niveau de formation, la culture et la religion.

Différent·e·s intermédiaires ont collaboré au recrutement des personnes interviewées : des institutions actives dans le domaine du VIH/IST et de la migration, les réseaux des membres du groupe PARTEN, les réseaux de l'équipe de recherche et les personnes interviewées qui demandaient à d'autres personnes de participer à l'enquête (échantillonnage *snowball*).

Résultats

Les données empiriques ont montré que les catégories de « migrants vulnérables », telles que définies jusqu'ici dans le cadre MV de l'OFSP, sont trop rigides car elles mettent l'accent sur des catégories de personnes (migrants vulnérables), ce qui ne permet pas suffisamment de tenir compte des éléments de contexte qui créent la vulnérabilité. Ainsi, au lieu de chercher à expliquer les facteurs de vulnérabilité sur lesquels ces catégories sont fondées, nous avons analysé les situations de vulnérabilité et les processus de vulnérabilisation auxquels peuvent être confrontées les PM.

Des vulnérabilités plurielles et structurelles

Nous avons ainsi conçu la vulnérabilité au VIH/IST comme une situation qui expose les personnes concernées à des risques médicaux. Pour les personnes non infectées, il s'agit du risque de contracter le VIH/IST. Pour les personnes infectées, il s'agit du risque de voir leur état de santé s'aggraver en cas de difficulté d'accès aux soins.

Si toute personne sexuellement active est concernée par le VIH/IST, nos résultats ont montré que les PM vivent des situations qui sont spécifiques du fait de leur expérience migratoire, de leur statut et des représentations qui peuvent être associées aux catégories auxquelles elles sont associées. Cet ensemble

d'éléments crée des situations de vulnérabilité qui augmentent les risques médicaux liées au VIH/IST. Les parcours migratoires difficiles et les expériences de violences vécues durant le voyage confrontent les PM à des risques médicaux. Mais c'est aussi et surtout le statut légal insécurisant et le contexte socio-économique précaire en Suisse qui limite leur accès aux ressources légales, économiques, sociales et médicales et qui crée des situations de vulnérabilité au VIH/IST. En effet, lorsque la survie est l'objectif principal, les questions de santé passent au second plan. Ce contexte généralisé de précarité, ainsi que l'appartenance à des catégories qui peuvent être connotées négativement ou même stigmatisées (de genre, sexuelles, culturelles, religieuses, etc.) placent ces personnes dans des situations de dépendance ou des relations de pouvoir inégalitaires qui limitent leur marge de manœuvre. Ainsi, même si elles sont informées des modes de transmission du virus et des moyens de s'en protéger ou de se soigner, ces éléments créent des contextes, des situations et des relations qui exposent davantage les personnes migrantes au risque d'infection.

Les personnes en situation d'instabilité **juridique** en Suisse, en raison des restrictions imposées par la loi sur l'asile, rencontrent des difficultés d'accès au travail, au logement et à la santé. Les coûts de la prévention, comme par exemple les coûts des tests de dépistage ou de la PrEP, ne sont pas à la portée des PM en situation de précarité **socio-économique**. Ces difficultés s'accroissent pour les personnes qui ont des **orientations sexuelles et identités de genre** minoritaires (non-hétérosexuelles et non-cisgenres). Ces vulnérabilités liées au statut socio-économique, au statut juridique, ainsi qu'aux orientations sexuelles et identités de genre peuvent obliger les personnes concernées, de manière consciente ou inconsciente, à accepter d'entrer dans des relations de couple asymétriques. Ces situations de pouvoirs inégalitaires défavorisent les PM qui s'engagent dans des relations d'entretien (ou des transactions sexuelles). Les rapports sexuels qui adviennent dans ces relations ne permettent souvent pas aux PM de négocier les moyens de protection, en l'occurrence l'utilisation du préservatif.

Les personnes infectées par le VIH/IST peuvent rencontrer des difficultés d'accès aux soins, ce qui se traduit par une aggravation de leur état de santé. Si toute personne peut rencontrer ces difficultés par manque de ressources (manque d'informations, manque de ressources économiques pour payer l'affiliation à une caisse maladie ou les soins), nos résultats montrent que certaines PM sont particulièrement exposées à ce risque car elles ne maîtrisent pas les langues locales ou ne connaissent pas le fonctionnement du système de santé local.

Les **représentations** que se font les personnes migrantes du VIH/IST et de la sexualité jouent aussi un rôle, car elles les empêchent parfois de s'approcher des centres de santé, tant dans leur pays d'origine qu'en Suisse. Par exemple, les personnes ayant une image très négative du VIH/sida trouvent difficile d'avoir recours aux antennes régionales de l'Aide Suisse contre le Sida dont le nom inclut encore le mot « sida ».

Il en va de même pour la **stigmatisation** du travail du sexe ou la stigmatisation des sexualités non-hétérosexuelles et non-cisgenres. Celle-ci peut orienter les personnes concernées vers des pratiques sexuelles plus cachées où la négociation du préservatif est plus difficile. Par crainte d'être jugées par le personnel de santé en raison de leur travail ou de leur identité de genre/orientation sexuelle, ces stigmatisations peuvent également entraver leur recours à des prestations médicales, autant en prévention qu'en traitement.

Les PM sont ainsi confrontées à des vulnérabilités plurielles qui les exposent à des risques sociaux, comme la précarisation économique, la marginalisation, la stigmatisation et la discrimination. Ces vulnérabilités découlent de l'intersection entre les politiques migratoires et les politiques sanitaires. Les premières fixent les conditions d'obtention des permis de séjour en Suisse et les restrictions afférentes en termes d'accès

au travail, au logement et à la santé. Les deuxièmes fixent les règles d'accès aux soins, que ce soit au niveau de la prévention ou des traitements.

Des interventions complexes

Les difficultés rencontrées par les ACT dans l'accompagnement des personnes migrantes sont de différents ordres. Sur le plan institutionnel, les ACT signalent le manque de ressources, à la fois économiques et humaines, qui ne leur permet pas d'assumer la mission qui leur est confiée comme il-elle-s le voudraient. Les relations concurrentielles entre institutions ont également été évoquées. Mais le principal problème, auquel doivent faire face les intervenant-t-e-s, est lié au système politique et de santé suisse. Si le fédéralisme et les relatives différences cantonales ne facilitent pas leur travail, c'est surtout le système des assurances médicales qui est mis en cause. Il est considéré comme trop complexe à comprendre pour des personnes qui n'ont pas été socialisées en Suisse, trop cher pour des personnes en situation de précarité socio-économique, lacunaire dans ses prestations (non remboursement de certaines mesures de prévention comme les préservatifs ou la PrEP) et non respectueux de l'anonymat, condition importante pour que les tests de dépistage et les traitements pour le VIH/IST puissent se faire en toute confiance.

Les ACT doivent donc s'accommoder d'un contexte de travail qui n'est, à leur avis, pas suffisamment adapté à l'accompagnement des PM, alors que ces dernières se trouvent dans des situations de vulnérabilité multiples et complexes. Si, du point de vue institutionnel, les ACT sont lié-e-s à des domaines d'intervention spécifiques (migration, travail social, soins, VIH/IST), il-elle-s doivent traiter d'aspects qui vont au-delà de ceux-ci. En effet, leurs interventions, que ce soit en matière de prévention primaire ou secondaire, exigent d'avoir recours tant à des compétences spécialisées qu'à d'importantes connaissances du contexte de la migration, des assurances maladies, des aspects médicaux, etc. L'image de l'artisan-e qui doit jouer de sa créativité pour tailler des solutions sur mesure, adaptées aux situations que vivent les personnes migrantes et souvent dans l'urgence, a été évoquée durant les entretiens.

Afin de répondre au mieux à ces contraintes et de réussir à tenir une ligne d'intervention malgré la complexité des cas, les ACT fondent leurs actions sur des principes généraux qui guident leurs interventions, comme la confiance, le respect et le non-jugement, l'anonymat et la confidentialité, ainsi que la valorisation de l'agentivité. La complexité amène à une sorte de bricolage au quotidien qui sollicite une flexibilité accrue, tout en s'inscrivant dans des approches d'intervention qui font sens pour les ACT. En fonction de leur sensibilité, de la mission de l'institution ou de la situation à résoudre, les ACT se réfèrent à l'une ou l'autre des approches suivantes ou les combinent, que ce soit l'approche en santé globale, l'approche basée sur les vulnérabilités, l'approche centrée sur la personne, l'approche basée sur le travail de proximité et l'approche communautaire et participative.

Des stratégies d'intervention inclusives

L'enquête visait également à proposer des pistes d'intervention pour l'avenir qui pourraient à la fois répondre aux besoins des personnes migrantes et correspondre aux attentes des ACT. L'analyse des données récoltées, ainsi que les échanges et réflexions advenues au sein du groupe PARTEN ont permis d'identifier 5 objectifs principaux d'intervention et 5 approches qui peuvent être mobilisées pour les atteindre.

Les objectifs

1. Comprendre les besoins des PM en santé globale

Pour proposer une prévention du VIH/IST adaptée aux PM, il importe de tenir compte de leurs conditions de vie en Suisse et de leur accès à la formation, au travail, au logement et à la santé. Les questions relatives au VIH/IST et, plus largement, à la santé sexuelle, doivent tenir compte du contexte de vie des personnes migrantes et de leurs priorités qui en découlent. Il s'agit également d'identifier les situations et relations de dépendance et d'exploitation qui augmentent la vulnérabilité au VIH/IST chez ces personnes.

2. Informer les PM sur les droits sexuels, la santé sexuelle et le VIH/IST

Les droits sexuels ainsi que les IST autres que le VIH (types, symptômes, traitements) sont largement méconnus des PM rencontrées. Il en va de même pour les autotests, la PEP et la PrEP. Des efforts supplémentaires doivent donc être engagés pour assurer une meilleure information sur ces points. Sur le plan pratique, il importe de veiller à ce que les informations soient accessibles aux personnes allophones et illettrées. Concrètement, cela passe par la traduction des informations dans les langues parlées dans les communautés migrantes les plus présentes sur le territoire helvétique, l'utilisation du langage simplifié, la diversification des canaux de diffusion et des supports d'information (sites internet, réseaux sociaux, médias communautaires, applications de rencontre, flyers, vidéos, etc.), ainsi que par le recours à des interprètes communautaires formé·e·s en santé sexuelle. La création d'une e-plateforme gérée par l'OFSP permettrait de centraliser toutes les informations sur le VIH/IST, mais aussi celles concernant l'accès à la santé, à l'éducation, à l'emploi, etc. pour les personnes migrantes, puisque cela a un impact sur l'accès à la prévention et l'adoption de comportements préventifs.

3. Offrir aux PM une prévention diversifiée contre le VIH/IST et les autres risques sexuels

Compte tenu des diversités que la catégorie « personnes migrantes » occulte (en termes d'âges, d'orientations sexuelles et d'identités de genre, de niveaux d'éducation, de statuts professionnels, etc.), il importe de proposer une prévention diversifiée contre le VIH/IST, sans oublier les autres risques sexuels (grossesses non voulues, violences, etc.). L'accès aux différentes formes de prévention et de soins reste à améliorer dans la population migrante. Il doit être assuré, indépendamment du statut légal et socio-économique, grâce à la garantie d'anonymat et de couverture médicale pour toutes les personnes résidentes en Suisse. L'accès à la prévention dite biomédicale doit être nettement amélioré dans la population migrante, notamment auprès de la frange la plus précarisée qui n'a pas de couverture médicale et/ou pas les ressources économiques suffisantes lui permettant de bénéficier des médicaments et des traitements.

4. Lutter contre les stigmatisations et les discriminations intersectionnelles

Une partie des PM cumulent des caractéristiques (en lien avec leur ethnicité, statut légal, orientation sexuelle et identité de genre, religion, séropositivité) et vivent dans des conditions (précarité économique et légale, travail du sexe ou traite) qui les exposent à différentes formes de stigmatisation et discrimination. Le sexisme, le racisme, l'hétérosexisme, le cissexisme, l'Islamophobie, la sérophobie entravent l'autodétermination des personnes et limitent leur capacité à négocier les rapports intimes, à faire appel au soutien des institutions, à s'engager dans des parcours de soins, etc. Il importe donc de prévoir des actions pour lutter contre ces formes de discrimination intersectionnelle qui peuvent, par crainte d'y être confrontées, amener les PM concernées à s'éloigner des structures de prévention. Dans le milieu médical et de l'asile, il importe de poursuivre les efforts entrepris au cours des dernières années

pour sensibiliser le personnel aux identités de genre et aux orientations sexuelles minoritaires, ainsi qu'aux processus de racisation.

5. Améliorer l'égalité des chances en santé

Le système de santé suisse est complexe et a montré ses limites dans le cadre du suivi des personnes migrantes. Néanmoins, il est important de s'assurer que les personnes migrantes comprennent comment il fonctionne, de les soutenir dans les démarches administratives pour l'affiliation à une caisse maladie, et de développer des systèmes d'aides financières qui leur permettent de payer les primes mensuelles. Dans le domaine spécifique du VIH/IST, il est fondamental d'améliorer l'égalité des chances en matière de santé afin de garantir l'accès à la prévention et aux traitements. La gratuité des préservatifs, des tests de dépistage, la couverture des frais des médicaments (que ce soit au niveau de la prévention comme pour la PrEP ou en traitement comme lors d'une thérapie antirétrovirale) et la garantie de l'anonymat au cours de la prise en charge sont des conditions essentielles pour que les personnes migrantes en situation de vulnérabilité juridique et socio-économique puissent accéder aux soins et continuer d'en bénéficier. Sur le plan juridique, garantir la stabilité administrative des personnes migrantes à travers différentes mesures légales et la régularisation des personnes sans-papiers permettrait de mieux assurer l'égalité des chances en matière de santé.

Les approches

Pour atteindre ces objectifs, les résultats issus des trois enquêtes montrent que 5 approches sont particulièrement utiles : l'approche en santé globale, l'approche communautaire, l'approche inclusive, l'approche intersectionnelle et l'approche de la sécurité culturelle. Les deux premières approches sont préconisées dans les différents programmes de prévention et sont déjà largement utilisées dans les institutions où travaillent les acteur·rice·s de terrain interviewé·e·s. Dans le domaine du VIH/IST et de la migration, l'utilisation de l'approche inclusive devrait être renforcée. L'approche intersectionnelle et l'approche de la sécurité culturelle étant particulièrement adaptées à ce domaine spécifique, leur introduction pourrait soutenir les interventions mises en place.

1. Approche en santé globale

Conformément à la Charte d'Ottawa, intervenir avec une approche globale revient à prendre en considération aussi bien l'état de santé des personnes (santé physique, mentale, sexuelle et relationnelle) que les conditions matérielles dans lesquelles elles vivent. Pour les personnes migrantes, il s'agit de tenir compte de leur statut légal en Suisse, de leur statut socio-économique, des possibilités de formation, de l'accès au travail et au logement, puisque tous ces éléments ont un impact direct sur la santé.

2. Approche communautaire

Une démarche d'intervention basée sur une approche communautaire suppose de considérer les personnes migrantes comme des acteur·rice·s (membres, participant·e·s), en reconnaissant les compétences et ressources dont elles disposent pour parler de leurs expériences de vie et exprimer leurs besoins en termes de VIH/IST. Cette approche prévoit l'implication des personnes migrantes autant dans la conceptualisation, la gestion et la mise en œuvre des actions et des programmes d'intervention.

3. Approche inclusive

Axer les interventions sur une approche inclusive revient à adresser celles-ci à toute personne, sans aucune exclusion en fonction de caractéristiques comme l'âge, le genre, l'orientation sexuelle et l'identité de

genre, l'origine ethnique, le statut légal en Suisse, etc. Cela tend à orienter les interventions vers le découplage des catégories de populations cibles, trop réductrices par rapport à la complexité et à l'intersectionnalité des identifications sexuelles et de genre, ainsi que des pratiques sexuelles. Adopter une approche inclusive revient à rompre avec des approches ethno-hétéro-cis-centrées.

4. Approche intersectionnelle

Une démarche d'intervention basée sur une approche intersectionnelle revient à tenir compte de toutes les caractéristiques permettant d'identifier une personne (migrante, âgée, sans-papiers, hétérosexuelle, transgenre, etc.) afin de ne pas la réduire à une seule dimension. Les résultats présentés ici ont clairement montré la nécessité de ne pas identifier les PM seulement d'après leur statut de migrant·e, même si celui-ci les place dans des situations de vulnérabilité spécifiques. En effet, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'appartenance ethnique et religieuse et le statut juridique en Suisse, tout comme les conditions matérielles de vie, l'itinérance et les ressources à disposition (linguistiques, matérielles, cognitives, symboliques) sont autant de dimensions qu'il faut prendre en compte pour penser l'intervention auprès de ces personnes.

Asseoir l'intervention sur une approche intersectionnelle revient également à considérer les effets croisés entre les caractéristiques et à considérer les rapports de pouvoir dans lesquels les personnes sont prises (sexisme, hétérosexisme, cissexisme, racisme, etc.). Ces rapports se manifestent dans les interactions quotidiennes, que ce soit dans le cadre de relations intimes, d'aide ou de soins.

Une démarche d'intervention basée sur une approche intersectionnelle suppose de la part des intervenant·e·s un travail préalable d'autoréflexion et d'autocritique, afin de prendre conscience de sa propre position dans le système de privilèges et d'oppressions. Ce travail consiste à s'engager à :

- Reconnaître l'existence d'un rapport de pouvoir dans le contexte de toute intervention, soit-elle sociale, médicale, juridique ou autre, notamment quand elle concerne des sujets sensibles comme la migration, la sexualité, la santé sexuelle ou le VIH/IST.
- Prendre conscience de sa position sociale, car elle intervient dans les rapports avec les autres personnes impliquées dans une intervention.
- Se poser des questions sur ses caractéristiques et identités (genre, âge, origine ethnique, orientation sexuelle, etc.), sur ses représentations (des genres, des sexualités, des migrations, de la santé, etc.), ses valeurs morales et ses convictions (politiques, religieuses, etc.).
- Prendre conscience que ses identités, représentations et convictions ont un impact sur les rapports avec les autres personnes impliquées dans l'intervention.

5. Approche de la sécurité culturelle

L'approche de la sécurité culturelle (ou sécurisation culturelle) rompt avec l'idée selon laquelle le personnel soignant doit se focaliser sur la connaissance des normes et valeurs culturelles des membres des différents groupes ethniques. S'il est absolument nécessaire de connaître le contexte structurel qui encadre les réalités vécues par les PM, cette approche protège du risque d'essentialisme culturel qui tend à homogénéiser des groupes qui ne le sont pas (les Africains, les Subsahariens, les Erythréens, etc.). Dans une démarche d'autoréflexivité et d'autocritique, l'approche de la sécurité culturelle invite les ACT à se concentrer sur leurs propres valeurs et représentations, ainsi que sur l'impact que celles-ci peuvent avoir dans leur rapport à l'autre. Cela implique de se questionner sur les aprioris et attitudes qui pourraient avoir un impact sur les modalités d'intervention.

Ces pistes de réflexion orientées vers la mise en œuvre de stratégies d'intervention montrent la **nécessité de mettre en place des interventions structurelles pour diminuer les inégalités sociales** entre personnes suisses ou au bénéfice d'un permis d'établissement et des PM pouvant se retrouver en situation de vulnérabilités plurielles. L'engagement et les interventions des ACT ne suffisent pas à enrayer les difficultés rencontrées. Ainsi, réduire les vulnérabilités des PM, qui les exposent aux risques de contracter le VIH/IST ou entravent leur accès aux soins, implique aussi d'adopter des mesures au niveau politique permettant une redistribution plus équitable des ressources.

Annexe 2 : Tableau de présentation des acteur·rice·s de terrain

Acteur·rice·s de terrain (N=20)		
Sexe assigné à la naissance	Féminin	15
	Masculin	5
Identité de genre	Cisgenre	19
	Queer	1
Orientation sexuelle	Hétérosexuelle	19
	Pansexuelle	1
Age	21-30	3
	31-40	3
	41-50	7
	51-60	5
	61+	2
Origine	Suisse	7
	Autre pays européen	5
	Pays de l'Afrique	6
	Pays du Moyen-Orient	1
	Pays de l'Asie	1
Nationalité/permis	Nationalité suisse	15
	Permis C	3
	Permis B	1
	Information manquante	1
Confession	Catholique	6
	Protestante	6
	Athée	8
Formation	Études de degré supérieur (BA/MA) domaine médical	10
	Études de degré supérieur (BA/MA) domaine social	5
	Études de degré supérieur (BA/MA) autre domaine	3
	Apprentissage	2
Statut au sein de l'institution	Médecin	4
	Infirmier·ère	3
	Conseiller·ère en santé sexuelle	3
	Chargé·e de projets	3
	Coordinateur·rice	3
	Médiateur·rice	2
	Interprète	1
	Pasteur·e	1
Durée d'engagement dans l'institution	0-5 ans	7
	6-10 ans	8
	11-15 ans	3
	16-20 ans	2

Institutions de rattachement (N=18)		
Type	Antenne régionale de l'Aide Suisse contre le Sida	4
	Centre de santé sexuelle	1
	Centre bas seuil (personnes en situation de précarité, sans papiers, travail du sexe)	3
	Service en milieu hospitalier	3
	Checkpoint	2
	Association domaine du travail du sexe	1
	Association domaine asile LGBTIQ+	1
	Association domaine de la migration	1
	Centre d'hébergement collectif domaine asile	1
	Institution religieuse	1
Statut	Service public	4
	Association	14
Ancrage cantonal	Bâle	2
	Berne	4
	Fribourg	1
	Genève	4
	Neuchâtel	1
	Vaud	3
	Zürich	3
Financement	Sources publiques	4
	Sources mixtes	13
	Sources privées	1

Annexe 3 : Tableau de présentation des personnes migrantes

Personnes migrantes (N=28)		
Sexe assigné à la naissance	Féminin	13
	Masculin	15
Identité de genre	Cisgenre	24
	Transgenre	3
	Queer	1
Orientation sexuelle	Hétérosexuelle	24
	Homosexuelle	2
	Bisexuelle	1
	Queer	1
Âge	18-30	8
	31-40	11
	41-50	8
	51-60	1
Origine	Afghanistan, Argentine, Brésil (2), Burkina Faso (2), Colombie, Côte d'Ivoire, Erythrée, Ethiopie (3), Gambie, Géorgie, Ghana, Guinée Conakry (2), Iran, Jamaïque, Kenya, Nigeria (2), Philippines, RDC, République Dominicaine, Roumanie, Syrie, Turquie	22 pays
En Suisse depuis	1-5 ans	13
	6-10 ans	11
	11-15 ans	4
Permis	B	12
	F	4
	N	1
	Permis de travail 90 jours	3
	Sans permis	8

Statut matrimonial	Célibataire	12
	Marié·e	6
	Séparé·e	3
	Divorcé·e	6
	Veuf·ve	1
Statut relationnel	Seul·e	21
	En couple/avec partenaire	7
Enfants	Sans enfants	15
	Avec enfants (1-3)	13
Forme d'habitation	En appartement seul·e	9
	En appartement en couple/famille	7
	En colocation	6
	Dans un centre d'hébergement collectif	5
	Chambre dans un salon érotique	1
Formation	Primaire	6
	Secondaire I	8
	Secondaire II (apprentissage/BAC)	9
	Supérieur	5
Sources de revenu	Travail déclaré	4 ³⁹
	Travail au noir, petits jobs	6
	Apprentissage	3
	Aide sociale /aide d'urgence /AI	12/2/2
	Bourse	1
	Stage	4
	Salaire conjoint·e/partenaire	2
Montants à disposition par mois	<1000 CHF	6
	1001-2000 CHF	15
	2001-3000 CHF	2
	très variable	5
Affiliation à une caisse maladie	Oui	21
	Non	7
Religion	Chrétienne	15
	Musulmane	9
	Autre	1
	Athée	3
IST	VIH	5
	Chlamydia	4
	Syphilis	2

³⁹ Personnes qui travaillent dans le domaine du travail du sexe.

Annexe 4 : Exemple de vignette utilisée dans l'enquête 3

Azeez est un homme âgé de 30 ans, né au Nigeria. Pour des raisons politiques, il quitte son pays en 2017. Après un long et difficile parcours, il arrive en Suisse où il dépose une demande d'asile. Depuis deux ans, il habite dans un foyer pour requérants d'asile. Peu à peu il comprend mieux le français, mais a toujours de la peine à comprendre les documents officiels. Les mois passent et Azeez se fait du souci au sujet de sa situation. Finalement la décision arrive : il obtient un permis F, c'est-à-dire une autorisation de séjour provisoire. Il espérait obtenir un permis de réfugié, mais au moins ce n'est pas un refus. Et puis avec ce permis, il peut travailler, ce qu'il souhaite beaucoup. Dans son pays il avait un petit commerce et commence à chercher du travail dans le domaine de la vente. Cela fait plusieurs mois qu'Azeez essaie de trouver une place de travail, mais n'a reçu que des réponses négatives. Il est frustré et très inquiet pour son avenir en Suisse.

Situations et questions

1. Lors de son arrivée en Suisse, au centre d'enregistrement, on explique à Azeez que chaque requérant d'asile doit passer un bilan de santé. Quand il fait ce bilan on lui propose aussi de faire un test de dépistage du VIH. Azeez ne s'y attendait pas. Il a peur parce qu'il sait que pendant le voyage, il a eu des rapports sexuels sans préservatif. **Comment faire pour qu'Azeez se sente à l'aise de le faire ? Où est-ce le mieux de le faire, par qui ? A quoi faut-il faire attention ?**
2. Depuis quelques semaines Azeez ressent des démangeaisons à ses parties génitales. Comme il a le souci de trouver un travail et de rester en Suisse, il ne s'en occupe pas tout de suite, même s'il constate des écoulements. Il se rappelle qu'une femme d'une association était venue parler de santé sexuelle au foyer. Mais il n'ose pas appeler, il se gêne et hésite à se rendre sur place, de peur d'y rencontrer quelqu'un qu'il connaît. Il finit par s'y rendre. **Comment les personnes qui travaillent dans ce lieu peuvent faire pour que Azeez se sente à l'aise de parler de ses problèmes de santé ? Qu'est-ce qui est important pour lui ?**
3. Azeez aime bien faire ses achats dans un magasin de produits africains géré par une compatriote. Aujourd'hui, quand il arrive, la patronne lui présente une femme nigériane qui travaille comme médiatrice pour un programme de prévention contre dans le VIH et autres infections sexuellement transmissibles. Azeez et cette femme font connaissance. Après quelques minutes la médiatrice commence à lui parler de santé sexuelle et lui présente des brochures d'information qu'elle prend d'une commode sur laquelle se trouvent aussi des préservatifs. **Que va penser Azeez de cette approche ? Qu'est-ce qui est important pour lui ? Comment identifier les besoins d'Azeez dans ce domaine ?**