

Francesca Pogia Mileti, Laura Mellini et Marc Tadorian

**Migration et vulnérabilités au
VIH/IST en Suisse**
Synthèse de l'enquête Mi.STI

Mars 2022

Citation suggérée :

Poglia Miletì, F., Mellini, L. et Tadorian, M. (2022). *Migration et vulnérabilités au VIH/IST en Suisse. Synthèse de l'enquête Mi.STI*. Université de Fribourg.

Financement de l'enquête : Office fédéral de la santé publique

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



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-ric-e-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 (Meditrina, 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 Morgane Jomini et à Laurence Wicht pour leur contribution à la préparation et à la relecture de cette synthèse.

Enfin, nous remercions l'Office fédéral de la santé publique 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.

Groupe de recherche Mi.STI

Prof. Dr Francesca Poglià Miletì

Dr Laura Mellini

Dr Marc Tadorian

<https://projects.unifr.ch/gremiss/fr/>

Université de Fribourg

Département des Sciences sociales

Unité Sociologie

Bd de Pérolles 90

CH-1700 Fribourg

Francesca.Poglià@unifr.ch



L'enquête Mi.STI (*Migration & sexually transmitted infections*) a débuté en octobre 2019 et s'est terminée en mars 2022. Elle a été réalisée par une équipe de sociologues de l'Université de Fribourg sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Fondée sur une démarche participative, l'enquête a intégré un groupe transdisciplinaire de partenaires (groupe PARTEN) qui a été associé à toutes les étapes de la recherche.

Cette synthèse présente les résultats principaux de la recherche. Elle est destinée aux acteur·rice·s de terrain et aux personnes migrantes qui ont participé à l'enquête, aux membres du groupe PARTEN, à toute personne active dans le domaine de la migration et du VIH/IST et à toute personne intéressée à la thématique, qu'elle soit issue de la migration ou pas. Dans un objectif de clarté, nous avons choisi d'adopter un langage accessible et ainsi éviter, dans la mesure du possible, d'utiliser une terminologie académique.

Les premières pages de la synthèse sont consacrées à la présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête. Les parties relatives aux résultats de celle-ci portent sur les conditions de vie en Suisse des personnes migrantes que nous avons rencontrées ; leur vulnérabilité au VIH/IST et les spirales de vulnérabilisation dans lesquelles elles peuvent être prises ; les actions menées par les institutions face à cette vulnérabilité ; les ressources des personnes migrantes ; des réflexions et des pistes d'intervention pour l'avenir.

L'enquête 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 de souligner la diversité des expériences vécues par les personnes migrantes et les processus qui placent ces personnes en situation de vulnérabilité au VIH/IST. Ils permettent aussi de saisir la complexité des pratiques professionnelles dans ce domaine, tout comme les défis auxquels les acteur·rice·s de terrain sont exposé·e·s.

Dans le but de rendre la parole aux acteur·rice·s de terrain et personnes migrantes rencontrées, nous utilisons des extraits d'entretien dans les bulles en marge du texte.

Le rapport complet de l'enquête se trouve ici : <https://projects.unifr.ch/gremiss/fr/>.



Les objectifs de l'enquête Mi.STI

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+ » (OFSP, 2016). Ce cadre préconise différents types d'actions à mener auprès des personnes migrantes : sensibilisation aux droits sexuels, prévention primaire du VIH/IST, conseil, diagnostic et traitement, ainsi que mise en place de conditions durables.

Sur la base de ces constats et réflexions préalables, l'enquête Mi.STI s'est donné 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 **pistes 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 :

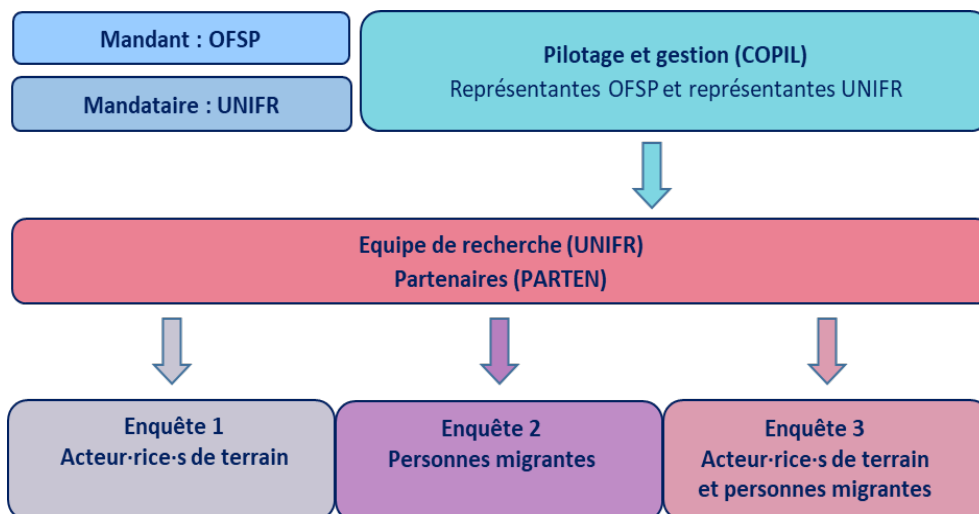
- L'**enquête 1** a été menée auprès d'**acteur·rice·s de terrain** travaillant dans le domaine du VIH/IST et de la migration. Elle visait à dresser un état des lieux des activités menées par les institutions, recueillir les expériences subjectives des personnes intervenant dans le domaine du VIH/IST et de la migration et identifier les principales difficultés relevées par les acteur·rice·s de terrain.
- L'**enquête 2** a été menée auprès de **personnes migrantes**. Elle cherchait à identifier leurs conditions de vie, recueillir leurs expériences et perceptions subjectives en lien avec le VIH/IST et identifier leurs connaissances des offres institutionnelles dans ce domaine.
- L'**enquête 3** a été menée conjointement auprès 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.

La méthodologie de l'enquête Mi.STI

Mi.STI est une **enquête sociologique**. L'approche sociologique consiste à penser la migration ou la maladie comme des phénomènes sociaux qu'il s'agit d'étudier dans leur contexte. Elle s'intéresse aux processus sociaux qui sont liés à ces phénomènes tels que la mobilité des personnes, l'intégration des individus dans des collectifs, les mécanismes d'exclusion, de stigmatisation et de discrimination qui peuvent toucher certaines personnes ou groupes en particulier. L'approche sociologique s'intéresse également aux rapports de pouvoir en jeu dans ces processus (les rapports de genre, d'âge, de classe sociale, d'ethnicité, etc.).

Pour répondre aux objectifs de recherche, l'équipe de recherche a choisi d'adopter une méthodologie **qualitative**, qui consiste à produire des connaissances à partir de l'étude des activités et des représentations des individus. On peut parler d'une « méthodologie de la proximité » (Paillé, 2007) puisqu'elle cherche à rencontrer les personnes concernées, afin de mener des observations et conduire des entretiens avec ces dernières. La méthode qualitative est particulièrement adaptée pour explorer, décrire et comprendre en profondeur des phénomènes sociaux comme la migration ou la maladie.

Mi.STI est également une **enquête participative**. 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 et la diffusion des résultats de l'enquête. Ce groupe de 15 personnes (dont les 3 membres de l'équipe de recherche) comprenait des personnes concernées et/ou 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, le racisme, la coopération et le développement. Ceci autant au niveau cantonal que national. Le groupe était également diversifié en matière de genres, d'orientations sexuelles et d'identités de genre, d'origines ethniques et de background migratoire, de langues et de statuts professionnels.



L'enquête empirique a consisté à mener des entretiens de type approfondi (Beaud, 1996) et compréhensif (Kaufmann, 2016; Ramos, 2015) avec les acteur·rice·s de terrain et avec les personnes migrantes. D'abord, **18 entretiens** ont été menés **avec des acteur·rice·s de terrain**, dont 9 en Suisse alémanique et 9 en Suisse romande. Ensuite, **28 entretiens** ont été effectués **avec des personnes migrantes**, dans 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, en tigrinya et en roumain.

Finalement, l'équipe de recherche a constitué six binômes comprenant chacun une personne migrante et un·e acteur·rice de terrain. Sur la base des résultats des enquêtes précédentes, elle a préparé 6 vignettes qui mettaient en scène une personne migrante fictive, en situation de vulnérabilité par rapport au VIH/IST. Dans chacun des **6 entretiens en binôme**, la **personne migrante** et l'**acteur·rice de terrain** se sont rencontrés (sans la présence des chercheur·euse·s) pour discuter d'une des vignettes, afin de réfléchir ensemble à des pistes concrètes d'intervention à mener dans le domaine du VIH/IST et de la migration.

Pour constituer l'échantillon des **acteur·rice·s de terrain**, l'équipe de recherche a commencé par faire un repérage systématique des institutions travaillant dans le domaine du VIH/IST et de la migration en Suisse alémanique et romande. Sur la base de cet inventaire, une vingtaine d'institutions ont été sélectionnées et, pour chacune d'entre elles, le profil d'une personne à interviewer a été dressé. S'agissant d'une enquête exploratoire, la diversification de l'échantillon a été assurée en tenant compte des régions linguistiques, des domaines d'intervention, des statuts et fonctions des acteur·rice·s de terrain ainsi que de leur expérience migratoire ou pas. Conformément à notre démarche d'enquête participative, cette première sélection des institutions concernées et des profils des personnes à interviewer a été discutée avec les membres du groupe PARTEN et réajustée, en fonction des suggestions et des remarques formulées.

Quant au profil des **personnes migrantes**, le projet prévoyait d'interviewer une trentaine de personnes appartenant à des catégories considérées dans les travaux scientifiques et par les politiques de santé (OFSP, 2016) 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)¹, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les personnes en situation irrégulière (communément désignées comme sans-papiers) et les personnes travailleuses du sexe. Le profil des personnes migrantes à interviewer a été orienté en tenant compte des expériences relatées par les acteur·rice·s de terrain et d'une discussion menée avec les membres du groupe PARTEN.

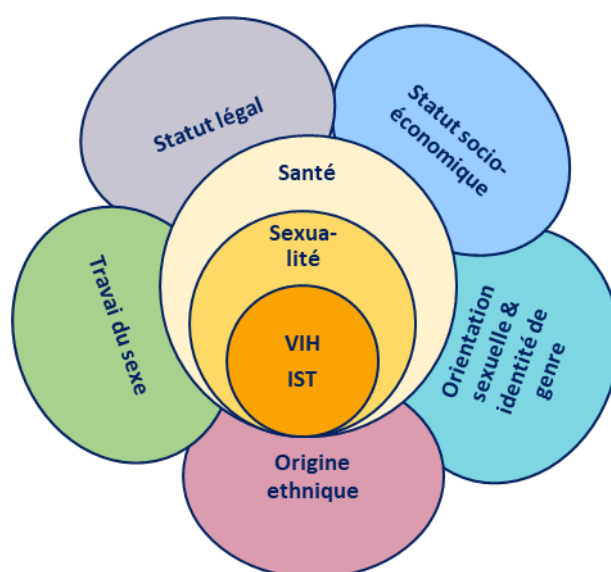
Les caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées sont présentées à la fin de cette synthèse (pp. 28-30).

¹ « 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).

Conditions de vie en Suisse des personnes migrantes

De manière générale, la vulnérabilité renvoie à une condition partagée par tous les individus. Elle désigne la potentialité d'être confronté·e à une blessure (*vulnus*). La vulnérabilité est situationnelle, relationnelle et contextuelle. Elle ne dépend pas seulement des éléments individuels, mais aussi et surtout du contexte social dans lequel les personnes évoluent. 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. C'est pour cette raison que nous utilisons le terme de **situations de vulnérabilité** plutôt que de personnes – ou migrant·e·s – vulnérables.

La **vulnérabilité au VIH/IST** fait 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 vulnérabilités auxquelles peuvent être confrontées les personnes migrantes. Elle augmente quand les autres vulnérabilités sont présentes. Ces autres vulnérabilités sont liées à des éléments sociodémographiques (genre, origine ethnique, religion, statut légal et/ou socio-économique, situation de handicap, etc.), à des pratiques (sexuelles, religieuses, linguistiques, etc.) ou à des expériences et caractéristiques plus personnelles. Toutes ces vulnérabilités sont situationnelles : elles viennent frapper ces personnes à un moment donné dans leur trajectoire de vie, les exposant à des risques sociaux (stigmatisation, discrimination, disqualification, marginalisation, précarisation et exploitation) qui peuvent avoir des conséquences sur leur santé mentale et/ou physique.



Les vulnérabilités intersectionnelles

Ces vulnérabilités multiples se cumulent et peuvent induire des spirales de stigmatisation, de précarisation et de marginalisation. Elles exposent les personnes migrantes à des « **discriminations intersectionnelles** » (Bilge & Roy, 2010), soit des inégalités de traitement qui s'enchevêtrent².

En raison des processus de stigmatisation, les personnes qui appartiennent à des minorités religieuses, ethniques ou racisées sont défavorisées car elles sont assignées à des catégories dévalorisées. Ce ne sont donc pas 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).

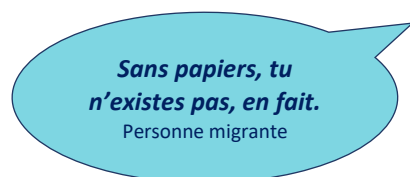
Si la vulnérabilité au VIH/IST expose les personnes migrantes à des **risques médicaux**, ces autres vulnérabilités les exposent à des **risques sociaux** tels que la stigmatisation, la discrimination, le déclassement, la précarisation ou encore la marginalisation.

Ci-dessous sont présentés les 5 principaux types de vulnérabilité que l'enquête 1 (acteur-riche-s de terrain) et l'enquête 2 (personnes migrantes) ont mis en lumière.

La vulnérabilité juridique

La vulnérabilité juridique se rapporte au statut légal des personnes migrantes en Suisse et concerne les personnes qui ont des **permis de séjour précaires** ou qui n'ont **pas de permis**. Un grand nombre de personnes migrantes rencontrées ou qui fréquentent les institutions de rattachement des acteur-riche-s de terrain interviewé-e-s ont des statuts légaux précaires, liés aux lois fédérales : la Loi sur l'asile (LAsi), l'Accord sur la libre circulation des personnes Suisse-UE/AELE (ALCP) ou encore la Loi fédérale sur les étrangers et l'intégration (LEI). D'autres personnes migrantes, dites sans-papiers, n'ont pas de statut légal en Suisse.

Ces statuts légaux précaires, voire leur absence, placent les personnes migrantes en situation de grande insécurité et les exposent au risque d'expulsion du territoire suisse, en cas de contrôles policiers ou de dénonciation à la police des étrangers. La vulnérabilité juridique confronte ces personnes à une série de **difficultés** touchant à différents domaines de leur vie quotidienne en Suisse, en termes **d'accès au logement, au travail et aux soins de santé**. Pour subvenir à leurs



besoins, les personnes sans permis de séjour ne peuvent compter que sur le travail au noir, ce qui les expose à la précarisation socio-économique et à l'exploitation, que ce soit dans leur communauté d'origine ou dans d'autres espaces sociaux.

Les personnes au bénéfice d'une autorisation temporaire de séjour (permis B) relèvent que la crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 a rendu leur permis plus précaire. La difficulté de trouver du travail les met 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).

² Le concept d'intersectionnalité a été utilisé pour la première fois par la juriste Kimberle Crenshaw en 1989 aux États-Unis (Crenshaw, 1989). Il montre les entrecroisements des divers systèmes d'oppression et d'appartenances identitaires en lien avec le genre, la race, la classe, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, la religion, l'âge, le handicap, etc.

Du fait de leur statut incertain, les personnes relevant de l'asile (étant en attente d'une décision, ayant reçu une décision de non-entrée en matière ou étant déboutées) sont particulièrement frappées de restrictions dans l'accès aux soins car elles ne peuvent pas choisir la caisse maladie à laquelle elles souhaiteraient s'affilier. En effet, elles sont soumises à un contrat collectif d'affiliation conclu entre la structure d'accueil dans laquelle elles résident et la caisse maladie. Par conséquent, elles ne peuvent pas choisir leurs médecins traitants, mais doivent se référer aux médecins officiant dans le centre d'hébergement, selon le contrat établi avec l'assurance.

Ce qui me pèse le plus, c'est le fait de ne pas être établi normalement, parce que si je suis malade aujourd'hui, comment je vais faire ?

Personne migrante

De nombreuses personnes migrantes insistent sur le fait que la précarité des permis de séjour, voire l'absence de ceux-ci, est source de « stress », d'« anxiété », d'« inquiétude », de « soucis » et de « peurs ». La crainte d'un renvoi pèse donc lourdement sur leur santé mentale.

La vulnérabilité socio-économique

En plus de faire face à une vulnérabilité juridique, la très grande majorité des personnes migrantes que nous avons rencontrées occupe des **statuts socio-économiques très précaires** en Suisse. Hormis 4 personnes actives dans le domaine du travail du sexe, aucune n'exerce un travail déclaré. Les

revenus avec lesquels les personnes interviewées disent vivre sont (très) faibles. La plupart de ces revenus provient de l'aide sociale et de l'aide d'urgence ainsi que de « petits travaux » au noir.

Des fois tu es là et tu n'as rien rien rien rien du tout. [...] je me rappelle qu'une fois j'avais 10 francs et j'ai fait une semaine avec 10 francs [...] Sincèrement, moi la faim je l'ai connue ici.

Personne migrante

Cette précarité place les personnes concernées en situation de dépendance à l'égard des institutions et des dispositifs d'urgence. Elles doivent alors se résigner à se tourner vers des distributions gratuites de repas et d'habits de deuxième main et à vivre avec des bons de

nourriture mis à disposition par des œuvres d'entraide, notamment en période de crise sanitaire liée à la pandémie de COVID-19.

Aux difficultés d'accéder à des salaires permettant de subvenir à leurs besoins fondamentaux en Suisse, peuvent s'ajouter les **attentes d'envoi d'argent au pays d'origine** de la part des familles, phénomène désigné dans la littérature spécialisée par le terme de « rémittences ». Indépendamment de l'origine des personnes migrantes et de leurs conditions de vie en Suisse, elles sont sollicitées par les parents restés au pays qui comptent sur ces ressources. Ce sont des charges auxquelles les personnes migrantes peuvent difficilement se soustraire.

Par ailleurs, la (grande) précarité socio-économique dans laquelle vit la plupart des personnes rencontrées restreint leur accès au logement et/ou, en raison des frais réguliers que cela occasionne (primes mensuelles de l'assurance médicale), les prive d'accès aux soins ou à une couverture médicale. Certaines personnes migrantes que nous avons rencontrées expliquent tout simplement **renoncer à se faire soigner**, même lorsque cela s'avèrerait nécessaire.

La vulnérabilité liée à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre

Les personnes s'identifiant à des orientations sexuelles et/ou des identités de genre minoritaires – c'est-à-dire non-hétérosexuelles et non-cisgenres – peuvent également être en situation de vulnérabilité liée à leur orientation sexuelle et/ou à leur identité de genre. Si la procédure d'asile est éprouvante pour toute personne requérante d'asile (auditions, délais de réponse, insécurité juridique, non-maîtrise de la langue locale, etc.), elle l'est encore davantage pour les personnes migrantes LGBTQI+. Celles-ci doivent nommer leur orientation sexuelle ou leur identité de genre alors que, afin d'éviter d'être persécutées, elles ont précisément souvent appris à la taire et à la rendre invisible dans leur pays d'origine. Une fois arrivées en Suisse, ces personnes se retrouvent (à nouveau) confrontées à **différentes formes de discrimination** ou de violence, comme des injures ou des insultes.

Je vois deux ou trois mecs qui ont crié sur moi 'pédé'. [...] j'ai pris le tram et il y a un mec qui m'a regardé et m'a dit 'je vais te casser la figure'.

Personne migrante

Les personnes qui s'identifient à des orientations sexuelles et/ou des identités de genre minoritaires relèvent le manque de sensibilisation aux questions LGBTQI+ du personnel qui travaille dans les structures d'accueil liées à l'asile. Elles témoignent être victimes d'injures, d'insultes et d'agressions autant de la part d'autres personnes y résidant que de personnes préposées à la sécurité.

La vulnérabilité liée à l'origine ethnique

La vulnérabilité liée à l'origine ethnique renvoie aux **discriminations** et **traitements différentiels** dus à une appartenance raciale et/ou ethnique (ou même religieuse). Ces expériences vécues difficilement sont considérées comme inacceptables socialement (non-respect de la dignité humaine) ou du point de vue du droit (traitements illégaux).

Cette thématique revient avec force et récurrence dans les récits des personnes migrantes, notamment celles qui sont originaires de pays de l'Afrique subsaharienne. Ces dernières évoquent des insultes, des injures, des moqueries ainsi que des actes de dénigrement. La plupart de ces mauvais traitements infligés aux personnes noires s'expriment en termes raciaux et procèdent de la dévalorisation de leur couleur de peau.

J'étais dans le bus et il y avait une petite fille qui me regardait et moi je lui ai souri. Sa maman, quand elle a vu ça, elle a commencé à crier : 'Sale nègre, laisse ma fille tranquille !'

Personne migrante

La vulnérabilité spécifique au travail du sexe

Parmi les personnes migrantes rencontrées, celles qui exercent le travail du sexe sont confrontées à des situations de vulnérabilité spécifiques qui les exposent à l'isolement, à la **stigmatisation** et à la discrimination. Elles expliquent par exemple n'avoir ni famille, ni ami-e-s en Suisse, en dehors de quelques collègues de travail. Cela contraste avec les réseaux sociaux des autres personnes migrantes interviewées qui sont plus denses et diversifiés. Les personnes travailleuses du sexe peuvent être exposées à des mauvais traitements infligés par des individus croisés dans des espaces publics, par la clientèle, par les personnes qui leur louent les locaux, etc.

La stigmatisation dont les personnes travailleuses du sexe sont victimes vient exacerber les vulnérabilités économiques, sociales et ethniques. La (grande) précarité économique, les réseaux sociaux restreints, le niveau de scolarisation souvent faible et les rapports conflictuels dans le milieu

Il y a beaucoup de clients dangereux. Ils sont saouls, ils boivent, ils sont bourrés, drogués. Et après ils deviennent très violents.

Personne migrante

de la prostitution peuvent rendre leurs conditions de vie particulièrement difficiles. Finalement, les personnes travailleuses du sexe, notamment les femmes, peuvent être exposées à des violences physiques et sexuelles. Les violences peuvent surgir lorsque les clients sont sous l'effet de l'alcool ou d'autres substances psychoactives, qu'ils se voient refuser un rapport sexuel sans préservatif et/ou qu'ils ne sont pas satisfaits de la prestation fournie.



La vulnérabilité au VIH/IST

La vulnérabilité au VIH/IST a deux dimensions. La première dimension concerne l'exposition au **risque de contracter le VIH/IST**. Si toute personne sexuellement active y est potentiellement confrontée, les personnes migrantes peuvent l'être davantage. Même si les risques sont surtout dus au cumul des vulnérabilités sociales, cela dépend aussi de l'état de l'épidémie dans leur pays d'origine ainsi que des informations dont elles disposent ou des représentations qu'elles ont de la sexualité et du VIH/IST. La deuxième dimension de la vulnérabilité au VIH/IST concerne les personnes infectées et le **risque de détérioration de leur état de santé**. Cela est lié à leurs conditions de vie en Suisse qui limitent leur accès aux soins.

La vulnérabilité au VIH/IST analysée ici est donc liée à des rapports sexuels sans préservatif ou prophylaxie pré-exposition (PrEP). Elle augmente en cas de non recours aux tests de dépistage et à la prophylaxie post-exposition (PEP). Elle est également amplifiée par les difficultés d'accès et de continuité des soins en cas d'infection. Si le recours au préservatif est une pratique évoquée par toutes les personnes migrantes rencontrées, il n'en va pas de même pour la prévention dite « biomédicale », à savoir la PrEP et la PEP, qui restent largement méconnues et non utilisées.


Des rapports sexuels sans préservatif

L'utilisation du préservatif dans le cadre de rapports sexuels est conditionnée par les connaissances que les personnes migrantes ont des IST, des voies de transmission de celles-ci et des mesures de protection. Si les connaissances varient d'une personne à l'autre, dans l'ensemble, les personnes migrantes rencontrées ont une **bonne connaissance du VIH**. Il en va autrement pour les **autres IST** qui sont encore **largement méconnues**. Seules les personnes issues du milieu LGBTQI+ et du milieu du travail du sexe disent être renseignées tant sur le VIH que sur les autres IST.

Toutefois, même si les personnes migrantes sont relativement bien informées au sujet du VIH, cela ne veut pas dire qu'elles ne prennent pas de risques. C'est notamment le cas quand elles 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 médicaux de contracter le VIH/IST encourus dépendent de plusieurs éléments, comme par exemple le type et la fréquence des rapports sexuels sans préservatif, ainsi que le nombre de partenaires sexuel·le·s. Les différents contextes relationnels influencent aussi la prise de risque (relations stables/occasionnelles, relations exclusives ou pas).

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 de rapports sexuels peut découler de la **représentation morale et sociale** que les partenaires sexuel·le·s ont **de certaines formes de sexualité**. C'est par exemple le cas des rapports sexuels pré-matrimoniaux. Pour préserver la virginité de la femme, le couple peut s'engager dans des rapports anaux, sans en mesurer les risques en termes de VIH/IST, d'où la non utilisation du préservatif. De même, l'homosexualité étant soumise à une condamnation sociale, religieuse, morale et bien souvent pénale dans le pays d'origine de certaines personnes migrantes, ces dernières tendront à avoir des pratiques sexuelles plus cachées. Ces pratiques peuvent augmenter la vulnérabilité au VIH/IST. C'est le cas lorsque les personnes rencontrent des difficultés à se procurer des préservatifs et/ou à les avoir sur soi, par peur que ceux-ci ne révèlent leurs pratiques sexuelles ou parce que les rapports sexuels ont lieu dans des endroits isolés.

Le fait que les pratiques à risque et le rapport au risque varient au cours de la vie et de la trajectoire sexuelle joue également un rôle important. Ceux-ci évoluent en fonction des expériences sexuelles et des **représentations** que les personnes ont **du VIH/IST**. Par exemple, si une personne pense que le VIH est cantonné à certaines catégories de personnes (comme les utilisateur·rice·s de drogues, les hommes homosexuels ou les travailleur·euse·s du sexe), elle sera moins vigilante en cas de rapports sexuels avec des personnes qui ne rentrent pas dans ces catégories. Les acteur·rice·s de terrain rencontré·e·s nous disent que toute prévention doit passer par la déconstruction de ces idées reçues. De plus, les sentiments de connaissance et de confiance à l'égard du·de la partenaire conduisent également à des situations où aucun·e des deux partenaires ne se sent légitime de se renseigner auprès de l'autre, pour savoir s'il·elle a effectué un test de dépistage VIH/IST, ni de discuter de l'éventualité d'en faire un. Ainsi, quel que soit leur âge, leur origine ethnique, leur genre, leur orientation sexuelle ou leur identité de genre, la grande majorité des personnes migrantes rencontrées évoquent avoir eu des rapports sexuels pénétratifs sans préservatif.



*Tu vois une belle femme
et tu penses qu'elle est en
bonne santé, parce qu'on
voit rien sur son physique*

Personne migrante

Travail du sexe et utilisation du préservatif

Font exception les 5 personnes travailleuses du sexe interviewées qui insistent sur l'utilisation systématique du préservatif lors de pénétrations (vaginales ou anales) dans le cadre de rapports tarifés. Quant aux fellations, les 4 femmes interviewées disent se protéger systématiquement avec le carré de latex, et ce malgré les demandes insistantes de la part de la clientèle de ne pas y avoir recours. L'homme travailleur du sexe que nous avons rencontré nous confie avoir cédé à ces demandes. Cependant, les dires des femmes interviewées contrastent avec le point de vue exprimé par les acteur·rice·s en contact avec des personnes travailleuses du sexe qui pensent que la grande majorité des fellations en contexte de relations tarifées sont pratiquées sans protection.

Un faible recours aux tests de dépistage, à la prophylaxie post-exposition (PEP) et à la prophylaxie pré-exposition (PrEP)

Si les autres IST connues sont généralement considérées comme peu graves, le **VIH** continue d'être associé par les personnes migrantes à une **maladie mortelle** qui fait très peur. Cette représentation témoigne de connaissances limitées quant à l'efficacité des traitements médicaux. À l'exception des personnes qui s'identifient comme homosexuelles ou queer et celles qui vivent avec le VIH, les personnes migrantes interviewées 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 VIH, y compris par voie sexuelle. C'est ce que signifie le concept « U=U » (undetectable = untransmissible), utilisé depuis plusieurs années dans le domaine de la prévention, mais peu connu par les personnes migrantes que nous avons rencontrées, et probablement aussi du grand public.

Les **tests de dépistage** ne sont pas utilisés par toutes les personnes migrantes de la même manière. Les personnes qui s'identifient à des orientations sexuelles et/ou des identités de genre minoritaires ainsi que les travailleur·euse·s du sexe disent se tester régulièrement, tant pour le VIH que pour les autres IST. Quant aux autres personnes, certaines ont affirmé avoir recours aux tests de manière occasionnelle, par exemple en cas d'apparition de symptômes pour les autres IST que le VIH, alors que d'autres ont affirmé y avoir recours rarement, une seule fois ou même jamais. L'utilisation de l'autotest est une pratique très rare dans la population migrante, ce que confirment aussi les acteur·rice·s de terrain.

Les raisons invoquées pour effectuer un test de dépistage sont variées : « *par curiosité* », « *pour savoir* », « *pour être sûr* », « *pour faire sans préservatif* » ou « *parce qu'on m'a demandé* ». Les représentations du VIH liées à des pratiques sexuelles moralement inacceptables, à une maladie honteuse, ou pour les plus croyantes, à « *une punition de Dieu* » venant sanctionner les écarts à la norme, engendrent un faible recours aux tests de dépistage. Se soumettre à un test de dépistage du VIH peut être interprété comme l'aveu d'avoir cédé à un type de comportement sexuel inapproprié, ce qui, d'après les personnes interviewé-e-s, risque de les exposer à la critique et à la stigmatisation au sein de leur communauté d'origine.

Le **recours à la PEP** et à la **PrEP** de la part des personnes migrantes est **très faible**. Pour la PEP, 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 peut être un processus long et difficile. Or, l'efficacité de la PEP dépend du temps écoulé entre la prise de

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'.

Personne du terrain

risque et le début du traitement : plus elle débute rapidement, plus elle est efficace. En ce qui concerne la PrEP, rappelons qu'en Suisse ses frais ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Et même s'ils l'étaient, 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.

L'accès aux soins et la continuité de ces soins

Les personnes vivant avec le VIH parlent de l'annonce du diagnostic comme d'un choc qu'elles ont considéré comme une sentence de mort jusqu'à ce qu'elles apprennent qu'un traitement existe. Pour les personnes infectées au VIH/IST, la vulnérabilité se traduit par des difficultés matérielles et socio-culturelles pour accéder aux soins ou à la continuité des soins, nécessaires à la guérison ou au maintien d'un taux de virémie indétectable. Les difficultés matérielles se traduisent par des **problèmes d'affiliation à l'assurance médicale**. En effet, une partie des personnes migrantes n'a pas d'assurance maladie, et ce pour plusieurs raisons : les coûts élevés des primes mensuelles, la crainte de dénonciation pour les personnes en situation irrégulière, l'absence d'un domicile fixe pour les personnes itinérantes et la complexité du système qui rend sa compréhension difficile pour des personnes non socialisées en Suisse.

Ces difficultés conduisent à des **consultations médicales** dites **tardives**, qui sont dues au fait que les personnes migrantes en situation de vulnérabilité repoussent le plus possible l'échéance d'une consultation médicale et ne s'y rendent que lorsque leur état de santé s'est déjà trop aggravé. Le suivi d'un traitement ARV peut s'avérer compliqué dans un contexte de précarité financière en raison de ses coûts très élevés (pris en charge par la caisse maladie, pour les personnes affiliées, mais soumis à franchise et quote-part). L'instabilité juridique rend également le suivi du traitement difficile. En fonction des opportunités, elle oblige les personnes migrantes à se déplacer dans d'autres cantons pour se faire soigner (mobilité intercantonale à des fins de soins), notamment les personnes sans-papiers, et augmente la crainte de devoir y renoncer en cas de renvoi du pays. Enfin, la prise de médicaments peut s'avérer délicate lorsqu'il faut la cacher pour éviter à une personne d'être stigmatisée par ses proches ou par des personnes qui fréquentent les mêmes réseaux de connaissances.



Des spirales de vulnérabilisation

Les restrictions imposées aux personnes migrantes en Suisse créent des conditions de vie difficiles du point de vue juridique, économique et social qui font passer au second plan la santé en général, et la santé sexuelle en particulier.

L'absence de permis de séjour empêche les personnes sans-papiers de travailler de manière légale et les contraint à accepter du travail au noir ou à vivre de l'aide d'urgence. 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. Cela se traduit par des difficultés d'accès au logement et à la santé, y compris la prévention et les traitements pour le VIH/IST. Ces conditions socio-économiques peuvent amener les personnes en situation de précarité à s'engager dans des **transactions sexuelles**, c'est-à-dire à avoir des rapports sexuels en échange d'un logement ou du règlement de factures, y compris médicales. Ces relations d'entretien sont caractérisées par une forte asymétrie de pouvoir entre la personne qui entretient et celle qui est entretenue. Dans ce type de relations, la prise de risque par rapport au VIH/IST est importante, puisque la personne entretenue n'est pas en situation d'exercer son autodétermination lui permettant de négocier l'utilisation du préservatif.

Cette difficulté à faire valoir son point de vue lors des relations sexuelles peut aussi être présente dans les couples où l'une des deux personnes n'a pas de statut juridique stable ou n'a pas d'accès à des ressources économiques régulières. C'est notamment le cas de femmes migrantes que nous avons rencontrées, mais aussi et particulièrement des personnes avec des identités de genre minoritaires, dont le profil limite leur accès au marché du travail. Les prises de risque adviennent alors au sein de **relations sociales 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 et l'absence de perspectives d'avenir.

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 liées au statut légal et socio-économique en Suisse, à l'origine ethnique, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. On peut donc parler de **spirales de vulnérabilisation** qui augmentent les risques d'infection au VIH/IST et d'aggravation de l'état de santé, en raison des difficultés d'accès aux traitements ou de l'interruption de ceux-ci.

Les vulnérabilités auxquelles les personnes migrantes sont exposées s'inscrivent dans un contexte social plus général à l'intérieur duquel les politiques migratoires, notamment dans le domaine de l'asile, et les politiques sanitaires fixent les règles d'accès aux soins. Celles-ci sont défavorables aux personnes migrantes que ce soit pour ce qui est de la prévention ou des traitements (assurance de base obligatoire gérée par des caisses privées, coûts des primes mensuelles, etc.). La dimension structurelle de ces vulnérabilités illustre parfaitement le modèle d'analyse des inégalités et iniquités de santé développé par la Promotion Santé suisse, la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé et l'OFSP (Weber, 2020).

Les actions des institutions

L'enquête menée auprès des acteur-ric-e-s de terrain 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 matière 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. Les acteur-ric-e-s de terrain rencontré-e-s sont amené-e-s à développer à la fois des **compétences de spécialiste et de généraliste**. Cela tient notamment aux spécificités des personnes migrantes, comme par exemple aux questions administratives qui sont liées à leurs permis de séjour et à l'ensemble de leurs besoins qui touchent, entre autres, à l'accès au logement, au travail et à la santé.

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** sont structurées autour de 5 types d'action : la sensibilisation, l'accompagnement, l'orientation, le dépistage et le traitement. La **sensibilisation** comprend un travail d'information sur les types d'IST, les modes de transmission, les moyens de protection, etc. Elle consiste également à se renseigner sur les connaissances des personnes migrantes en matière de VIH/IST et de protection, sur leurs représentations et leurs pratiques en matière de sexualité, tout en évitant de porter des jugements de valeur à leur égard. Ce travail d'information et de renseignement est orienté vers la transmission de conseils en matière de protection et de dépistage. Dans le dessein d'atteindre le plus grand nombre de personnes migrantes, il est proposé dans les structures médico-sociales en contexte hospitalier et associatif. Selon les cas, il permet aussi de donner accès à des préservatifs. La question de la stigmatisation des personnes concernées reste cependant centrale. En effet, 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 ».

[au sujet d'une antenne régionale de l'Aide Suisse contre le Sida] 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...
Personne migrante

Plusieurs institutions privilégient le travail d'**accompagnement** qui peut prendre différentes formes. Dans le domaine du VIH/IST, il va de l'assistance en cas de prises de risque, au suivi de la PrEP, jusqu'au traitement. En plus de ces offres, plusieurs interviewé-e-s évoquent aussi leur intérêt particulier pour des formes de soutien de type animation de « groupes de parole » rassemblant des personnes vivant avec le VIH.

Une partie des interventions des acteur-ric-e-s de terrain consiste à **orienter** les personnes migrantes avec lesquelles il-elle-s entrent en contact vers des structures de prise en charge spécialisées par rapport à leurs problématiques. En effet, parfois, leurs institutions ne peuvent pas satisfaire elles-mêmes l'exigence d'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.

Quant aux **tests de dépistage**, ils sont le plus souvent exécutés dans les lieux de travail des acteur·rice·s de terrain, mais sont également proposés en dehors (contexte festif, professionnel pour les personnes travailleuses du sexe, etc.). La gratuité des tests dans le cadre de campagnes de prévention promues par l'Aide Suisse contre le Sida et le fait de pouvoir faire les tests à tout moment dans certaines structures médicales ou associatives facilitent l'accès au dépistage.

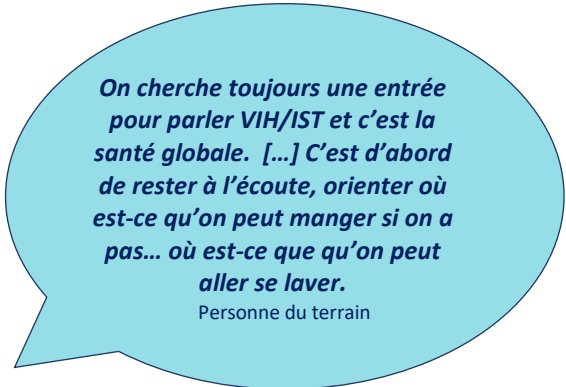
Les 5 personnes migrantes vivant avec le VIH rencontrées dans cette enquête décrivent l'annonce du diagnostic de séropositivité comme une nouvelle inattendue ayant eu l'effet d'un choc, renforcé par les représentations extrêmement négatives qu'elles avaient de cette infection. Compte tenu des réactions que cette annonce soulève, le contexte et les modalités d'**annonce du diagnostic** s'avèrent très importants. Selon les acteur·rice·s de terrain, le diagnostic devrait être donné dans une langue que la personne destinataire comprend bien et une fois que celle-ci est dans un état physique et psychologique lui permettant de recevoir l'information. Savoir qu'avec les traitements ARV les personnes séropositives peuvent avoir la même espérance de vie que les personnes non-infectées permet également d'atténuer le choc de l'annonce.

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 et dans des structures publiques ou associatives. Tous ces traitements nécessitent une ordonnance rédigée par un·e médecin. Les interventions visant à proposer une PEP ne sont pas fréquentes selon les témoignages des acteur·rice·s de terrain rencontré·e·s. Proposer la PrEP et accompagner sur le plan médical et psychosocial les personnes qui y ont recours l'est encore moins. Ces interventions sont essentiellement circonscrites au milieu des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et l'usage de la PrEP est réservé aux personnes qui peuvent en assumer les coûts.

Les approches adoptées

Cinq approches principales sont mobilisées dans le cadre de ces interventions : 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.

Conformément à la Charte d'Ottawa (1986), l'**approche en santé globale** 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 institutions qui s'inspirent de cette approche proposent des formes de soutien à spectre large. Elles consistent par exemple à informer les personnes migrantes sur les procédures d'asile, à les aider dans les démarches administratives pour l'obtention d'un permis ou encore à les informer sur leurs droits.



On cherche toujours une entrée pour parler VIH/IST et c'est la santé globale. [...] C'est d'abord de rester à l'écoute, orienter où est-ce qu'on peut manger si on a pas... où est-ce que qu'on peut aller se laver.

Personne du terrain

Plusieurs institutions adoptent une **approche** qui fait référence aux « **populations vulnérables** », conformément au « Cadre pour la planification d'actions en prévention VIH/IST – Migration et facteurs de vulnérabilité 2016+ » de l'OFSP (2016). Elles fondent leurs stratégies interventionnistes sur les notions de « facteurs de vulnérabilité » et de « réductions des risques » telles qu'elles sont définies dans ce cadre.


L'approche **centrée sur la personne** consiste à aller à la rencontre des individus et chercher à comprendre où ils en sont avec leurs expériences, idées et représentations, plutôt que d'imposer dès le départ des points de vue sur la sexualité et la santé sexuelle.

L'**approche basée sur le travail de proximité** consiste à « aller vers les personnes » pour les atteindre là où elles sont (magasins ethniques, salons de coiffure, agences de transfert d'argent, etc.). En effet, le travail de proximité se déroule « hors murs ». Un des avantages que permet cette démarche est de nouer des liens de confiance avec les personnes les moins accessibles et les plus isolées. Un autre avantage se situe dans la possibilité de maintenir des liens avec les personnes le plus longtemps possible. Idéalement, l'implication de *gatekeepers* (personnes-clé appartenant aux milieux concernés par la prévention) permet de faciliter l'accès à certaines communautés.

Enfin, plusieurs personnes soulignent les avantages de l'**approche communautaire** qui consiste à faire participer et 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). Afin de les déstigmatiser, il s'agit donc de « faire avec » les personnes concernées et pas de « faire pour » elles. Celles-ci sont ainsi impliquées dans la conceptualisation (niveau stratégique) et la réalisation (niveau opérationnel) des dispositifs, des actions et des prestations de prévention et de soins les concernant. Dans les associations adoptant cette approche, les bénéficiaires ne sont plus considéré-e-s comme des « *usager-ère-s* », mais comme des « *membres* » de celles-ci.

Les principes suivis

Les **principes** sur lesquels se fondent les interventions décrites par les acteur·rice·s de terrain sont la confiance ; l'anonymat et la confidentialité ; le respect et le non-jugement ; l'agentivité. Le principe de la **confiance** est une condition sine qua non pour la mise en œuvre et la réussite de toute intervention. L'écoute, quant à elle, constitue une dimension primordiale mais ne suffit pas. Et pour cause, encore faut-il que les personnes migrantes aient la garantie que les acteur·rice·s de terrain traiteront leurs histoires en toute **confidentialité**. La possibilité d'entreprendre des actions de prévention sous couvert d'**anonymat** (comme par exemple un dépistage de VIH/IST) est également très appréciée par les personnes migrantes rencontrées. Elle est mise en avant par les acteur·rice·s de terrain comme une dimension fondamentale des offres de prévention. Un autre principe fondamental guidant les interventions dans le domaine de la prévention VIH/IST est le **respect** et le **non-jugement**, tant des représentations qu'ont les personnes migrantes de la sexualité, que de leurs pratiques sexuelles. Ce principe devrait être mieux respecté en contexte hospitalier selon l'avis des personnes appartenant aux minorités de genre et sexuelles et les personnes travailleuses du sexe que nous avons rencontrées. Enfin, le principe de l'**agentivité** implique de considérer les personnes comme des acteur·rice·s plutôt que des victimes. Il consiste à travailler avec les ressources dont celles-ci disposent, afin de les accompagner dans le développement de leur pouvoir d'agir.



Moi ce que j'ai vu avec les années, j'ai vraiment l'impression que ce qui compte le plus [...] c'est l'ouverture qu'on peut avoir. Le fait simplement qu'on juge pas la personne
Personne du terrain

Les outils mobilisés

Les principaux outils d'intervention sont les **entretiens** (individuels, de couple et collectifs) et l'**interprétariat communautaire**. La langue parlée joue un rôle important. En effet, lorsqu'il est question d'aborder des sujets délicats et intimes ayant trait par exemple au domaine de la sexualité et de la santé sexuelle, le recours à l'interprétariat communautaire est fondamental. Socialisées ailleurs, les personnes migrantes peuvent avoir des manières différentes d'aborder ces sujets ou les considérer comme tabous. La présence d'un-e interprète communautaire facilite la compréhension des informations transmises par les acteur-ric-e-s de terrain et peut également soutenir l'expression de la parole sur la sexualité et les problématiques liées à celle-ci. Pour que les entretiens se passent au mieux, il importe de tenir compte des caractéristiques sociales de l'animateur-ric-e et/ou de l'interprète (âge, sexe, origine, classe, etc.). Celles-ci doivent être mises en perspective avec les caractéristiques sociales des personnes rencontrées.

Enfin, les **collaborations** à la fois **intra-institutionnelles** et **extra-institutionnelles** sont des dimensions importantes pour assurer la mise en œuvre des interventions. Les collaborations intra-institutionnelles entre acteur-ric-e-s de terrain aux profils et aux expériences professionnels variés permettent de réunir les connaissances et les compétences pour agir de manière plus efficace. Les situations dans lesquelles vivent certaines personnes migrantes sont très complexes du point de vue juridique, économique, social et administratif, ce qui se répercute sur l'accès à la prévention et aux traitements. Cela demande aux acteur-ric-e-s de terrain d'avoir des connaissances et des compétences spécifiques dans différents domaines, condition plus facilement remplie dans le travail collaboratif. Les collaborations extra-institutionnelles, quant à elles, facilitent le travail interdisciplinaire. Elles permettent de combler les limites des services et des offres proposées par une institution spécialisée.

Les défis dans le travail des acteur-ric-es de terrain

Nombreux sont les défis que les acteur-ric-e-s de terrain doivent relever dans leurs pratiques professionnelles. Ces défis sont liés à la complexité des situations vécues par les personnes migrantes, 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. L'image de l'**artisan-e** qui doit jouer de sa créativité pour **tailler des solutions sur**

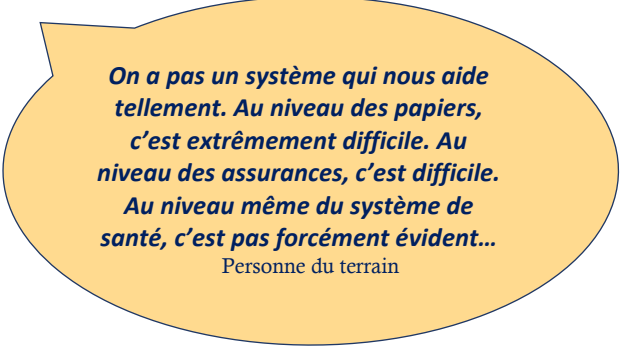
Moi je dis qu'on fait une sorte de médecine comme les artisans. On est obligé de trouver des solutions pour chaque personne, parce qu'il y a un contexte social qui est là.

Personne du terrain

mesure a été évoquée. Il s'agit de trouver des solutions adaptées, toujours situées et souvent dans l'urgence. Les interventions relèvent d'une forme de « bricolage » au sens noble du terme, à savoir une expression de l'efficacité pratique des modes d'action.

Les défis et les **difficultés** évoqués se situent **sur le plan structurel et institutionnel**, ainsi que sur le plan des situations socio-culturelles des personnes migrantes. Sur le plan structurel et institutionnel, les acteur-ric-e-s de terrain doivent faire face au manque de ressources économiques et humaines. De plus, le système politique et de santé engendre d'importantes contraintes. Si le fédéralisme et les différences cantonales ne facilitent pas

le travail des acteur·rice·s de terrain, c'est surtout le système des assurances médicales qui est questionné. Il est considéré comme trop complexe à comprendre pour des personnes qui n'ont pas été socialisées en Suisse et trop cher pour des personnes en situation de précarité socio-économique. Il est également 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 décisions politiques contraignent les institutions à faire davantage preuve d'adaptation. Celles-ci doivent revoir leurs offres en fonction des nouveaux profils de personnes admises en Suisse.



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...

Personne du terrain

Les défis rencontrés par les acteur·rice·s de terrain sont aussi liés aux **situations vécues par les personnes migrantes**. Plus ces dernières cumulent des désavantages économiques, juridiques, linguistiques etc. plus elles risquent de se trouver dans des contextes d'exploitation, d'abus et de violence. Mettre en lumière ces situations qui sont tues la plupart du temps constitue un premier enjeu. S'ensuit la gestion de la problématique, qui peut passer par une plainte juridique, mais qui n'est pas aisée, surtout lorsque la victime est en situation illégale en Suisse ou lorsqu'elle dépend juridiquement ou financièrement de la personne qui abuse d'elle. D'autres défis rencontrés par les acteur·rice·s de terrain concernent la stigmatisation des genres et des sexualités non-cis-hétéronormatives advenant autant dans la société générale que dans les communautés ethniques. Cette stigmatisation engendre des difficultés à rencontrer et à atteindre les personnes concernées. Il en va de même pour la stigmatisation à l'égard des personnes travailleuses du sexe qui rend les interventions des acteur·rice·s plus difficiles. Les croyances et représentations que les personnes migrantes ont sur le VIH et les moyens de protection peuvent également rendre les interventions en matière de prévention plus complexes.

Les difficultés rencontrées par les acteur·rice·s de terrain dans leur quotidien s'inscrivent dans des **contextes structurels contraignants** sur lesquels ils-elles n'ont pas prise : politiques migratoires et systèmes de santé qui façonnent les conditions de vie des personnes migrantes en Suisse.

Les ressources des personnes migrantes

Les personnes migrantes rencontrées sont nées et ont vécu à l'étranger, dans leur pays d'origine et, bien souvent, dans d'autres pays avant d'arriver en Suisse. Elles sont socialisées à des langues, codes culturels, systèmes de fonctionnement et d'organisation de la vie quotidienne qui, souvent, sont différents de ceux en vigueur en Suisse. Néanmoins, si le but de cette enquête est d'explorer les vulnérabilités auxquelles les personnes migrantes sont confrontées, ces personnes ne sauraient être réduites uniquement à des manques. Elles sont dotées de ressources sur lesquelles les interventions dans le domaine de la migration et du VIH/IST peuvent s'appuyer.

La grande majorité des personnes rencontrées sont plurilingues. Les **compétences linguistiques** dont elles disposent leur sont utiles pour interagir avec les personnes qu'elles rencontrent en Suisse. De plus, ce plurilinguisme maximise leurs chances de trouver une langue de communication avec les personnes avec lesquelles elles sont amenées à échanger dans le contexte des soins.

Une large majorité des personnes migrantes rencontrées se dit croyante et pratiquante. Quel que soit le type de **religion** à laquelle elles se sentent attachées, elles expriment leur reconnaissance à Dieu pour les expériences qu'elles ont vécues et les opportunités qu'elles ont eues dans leur vie.

Les **réseaux sociaux** des personnes migrantes constituent également une de leurs ressources. Ces réseaux sont notamment 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), à condition que la relation ne soit pas asymétrique. Les enfants, en revanche, sont présentés exclusivement comme une ressource pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne : ils donnent aux parents la force d'avancer dans les moments difficiles en Suisse.

Finalement, les personnes rencontrées témoignent de leur **capacité à résister aux épreuves**, à rebondir après des expériences difficiles, à avancer malgré la précarité économique et l'incertitude de pouvoir rester en Suisse et à **se débrouiller** pour trouver des ressources vitales. Les cas concrets de mobilisation de certaines ressources personnelles évoquées concernent l'organisation de la vie quotidienne : trouver des adresses utiles pour consommer des repas gratuitement, circuler d'une ville à l'autre pour trouver des lieux où dormir, ouvrir un compte bancaire ou 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, se faire envoyer du courrier sans avoir d'adresse fixe, etc.

*C'est Dieu qui me donne
cette force pour aller de
l'avant. [...] Je prie et je vais
à la messe. Si je vais pas à la
messe, je regarde la messe
sur le téléphone.*

Personne migrante

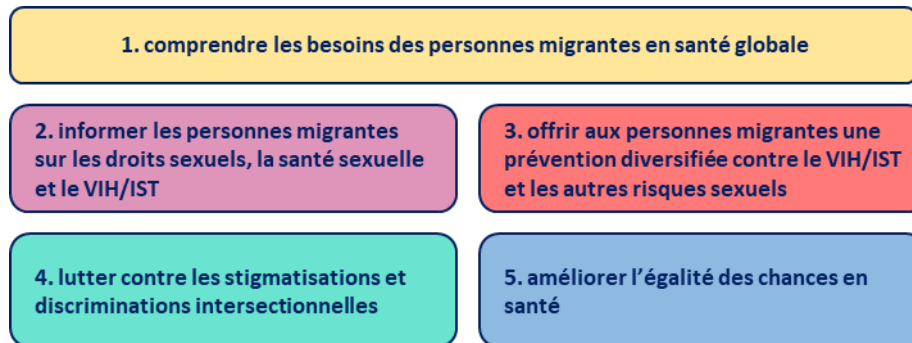
*C'est des gens qui ont l'air
d'avoir des ressources
intellectuelles, psychologiques...
débrouilles et puis malignes.*

Personne du terrain

Réflexions et pistes d'intervention pour l'avenir

Les objectifs à atteindre

Les trois enquêtes de terrain menées dans le cadre de Mi.STI ont permis d'identifier 5 objectifs principaux à atteindre dans le cadre des interventions avec les personnes migrantes :



Pour tendre vers des interventions les plus adaptées possibles aux personnes migrantes, il est nécessaire de comprendre leurs pratiques et leurs représentations dans le domaine de la santé sexuelle et encore plus spécifiquement du VIH/IST. Mais il importe aussi de **comprendre les besoins des personnes migrantes en santé globale**. Les enjeux se situent au niveau des relations de domination qui peuvent découler de vulnérabilités juridiques et socio-économiques. L'accès aux traitements médicaux peut également être réduit ou compromis en cas d'absence d'assurance maladie ou par manque de ressources économiques suffisantes. Il importe donc d'étendre les interventions ciblées sur le VIH/IST aux autres aspects de la santé globale.

Indépendamment de leur statut légal et socio-économique, de leur origine ethnique, de leur âge, de leur genre, de leur orientation sexuelle ou de toutes autres caractéristiques qui les concernent, les personnes migrantes doivent être **informées sur les droits sexuels, sur la santé sexuelle et sur le VIH/IST**. Des efforts supplémentaires doivent également être engagés pour assurer une meilleure information au sujet des IST autres que le VIH, des autotests, de la PEP, de la PrEP et du traitement comme prévention (TasP). Une attention particulière doit être accordée aux langues parlées par les personnes migrantes et à leur capacité à comprendre et à utiliser l'information écrite (littératie). De ceci pourrait découler la traduction des informations, 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. Cela permettrait de toucher les personnes plus difficiles à atteindre comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et autres personnes ayant des orientations sexuelles et/ou identités de genre minoritaires.

La **diversification des offres de prévention** est nécessaire, compte tenu des situations très différentes vécues par les personnes migrantes. Il s'agit notamment d'offrir à la fois une prévention dite comportementale, qui fait la promotion du préservatif et du Voluntary Counselling and Testing (VCT), et une prévention dite biomédicale, fondée sur l'utilisation de médicaments (PEP, PrEP, TasP). Par ailleurs, élargir le plus possible les types de prestations destinées aux personnes migrantes permettrait d'éviter de perdre des personnes dans le parcours de santé sexuelle. Ce risque est notamment important dans le cas de personnes sans-papiers qui ont tendance 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 du territoire suisse.

Une partie des personnes migrantes cumule des caractéristiques, identités ou statuts ainsi que des conditions ou des expériences de vie qui les exposent à différentes formes de stigmatisation et de discrimination : sexisme, cissexisme, hétérosexisme, racisme, sérophobie, islamophobie, etc. Il importe d'engager des actions pour **lutter contre** ces formes de **discriminations intersectionnelles** qui peuvent amener les personnes migrantes concernées à s'éloigner des structures de prévention, par crainte d'y être confrontées. Dans le milieu médical et de l'asile, il est important 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'au respect des diversités en général.

Finalement, il s'agit de tendre vers **l'égalité des chances en santé**. Le système de santé suisse est complexe. Il importe d'informer les personnes sur son fonctionnement et de s'assurer qu'elles le comprennent, mais aussi de les soutenir dans les démarches administratives pour l'affiliation à une caisse maladie, ainsi que de les aider sur le plan financier lorsqu'elles n'ont pas les ressources nécessaires pour en payer les primes mensuelles. Dans le domaine spécifique du VIH/IST, améliorer l'égalité des chances en santé revient à garantir l'accès à la prévention et aux traitements. La gratuité des préservatifs, des tests de diagnostic, des médicaments (que ce soit en prévention comme la PrEP ou en traitement comme l'ARV) et l'anonymat dans les prises 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 long terme, y compris pour les personnes plus itinérantes. Sur le plan juridique, garantir la stabilité administrative des personnes migrantes 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.

Les approches à mobiliser

Pour atteindre ces objectifs, les résultats issus des trois enquêtes montrent que le recours aux 5 approches suivantes est particulièrement utile :

- **l'approche en santé globale** : considérer aussi bien l'état de santé des personnes (santé physique, mentale, sexuelle et relationnelle) que les conditions matérielles dans lesquelles elles vivent ;
- **l'approche communautaire** : considérer les personnes migrantes comme des actrices ayant des compétences et des ressources utiles dans le domaine de la prévention du VIH/IST ;
- **l'approche inclusive** : adresser les interventions à toute personne, sans aucune exception en fonction de caractéristiques comme l'âge, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'origine ethnique, le statut légal en Suisse, etc. ;
- **l'approche intersectionnelle** : ne pas réduire une personne à une seule ou quelques-unes de ses caractéristiques, mais tenir compte de toutes celles qui l'identifient (l'orientation sexuelle et l'identité de genre, l'origine ethnique, la classe sociale, etc.) et des formes de domination, de discrimination et d'oppression qu'elle vit ;

- **l'approche de la « sécurité culturelle » (« cultural safety »)** : adopter une démarche d'autoréflexivité et d'autocritique pour se concentrer sur ses valeurs culturelles et l'impact de celles-ci sur son rapport à soi, à l'altérité et la relation de soin.

Au final, ces objectifs et approches montrent que, si urgence il y a dans le domaine migration et VIH/IST, elle est plus sociale que sanitaire. Les barrières à la prévention en matière de VIH/IST sont plus structurelles et relationnelles qu'institutionnelles ou individuelles. Elles ne peuvent pas être comprises sans tenir compte des conditions de vie des personnes migrantes et des rapports sociaux qui conditionnent leurs rapports sexuels. Ces éléments montrent l'importance de considérer que la vulnérabilité au VIH/IST n'est qu'une forme de vulnérabilité parmi d'autres auxquelles les personnes migrantes peuvent être confrontées.



Conclusion

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 une analyse plus fine et plus réaliste des expériences vécues par les personnes migrantes.

Les données récoltées autant auprès des acteur·rice·s de terrain que des personnes migrantes ont montré que les pratiques sexuelles à risque concernent toutes les personnes migrantes indépendamment de leur âge, de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle et de leur identité de genre. Leur vulnérabilité au VIH tient aux contextes légaux, socio-économiques, relationnels et moraux dans lesquels elles évoluent, dans lesquels s'inscrivent leurs pratiques sexuelles, ainsi qu'aux représentations que ces personnes ont du VIH/IST, de la sexualité, des rapports de genre et de couple.

Plus les personnes migrantes cumulent les situations de vulnérabilité, en lien avec leur statut légal et socio-économique, leur origine ethnique et leur orientation sexuelle et identité de genre, plus elles s'exposent au risque de contracter le VIH/IST. Ce qui semble particulièrement peser, ce sont les **rapports de pouvoir** qui les placent **sous la domination** de partenaires, conjoint·e·s ou client·e·s dont elles dépendent sur le plan économique et/ou juridique, car leur marge de manœuvre pour négocier l'utilisation du préservatif est réduite. Que ce soit en termes d'exposition au risque de contracter le VIH/IST ou d'accès et de continuité des soins, ces conditions de dépendance et le contexte de relations asymétriques dans lesquels les rapports sexuels adviennent pèsent davantage sur les personnes migrantes que les éventuelles lacunes de connaissances qu'elles peuvent avoir.

Étant nées et ayant vécu à l'étranger, les personnes migrantes sont **en situation de désavantage** par rapport aux personnes socialisées en Suisse, familières avec la langue, avec les codes culturels et qui comprennent le fonctionnement des différents systèmes qui structurent et organisent la vie du pays (scolaire, professionnel, social, médical, juridique, etc.). Cela peut priver les personnes migrantes d'importantes ressources, par manque d'information, ou de capacité à les mobiliser pour se protéger d'une infection ou accéder aux soins. À cela s'ajoutent les normes sexuelles auxquelles les personnes migrantes ont été socialisées dans leur pays d'origine qui peuvent les orienter vers une sexualité plus cachée et à risque. Leurs représentations et croyances au sujet du VIH/IST, tout comme la condamnation des identités de genre non-cisgenres et des sexualités non-hétérosexuelles que les personnes migrantes perçoivent au sein de leur communauté d'origine, ont également une influence sur les prises de risque et l'accès aux soins.

À cela viennent se joindre les **coûts des prestations médicales** qui constituent une barrière importante pour les personnes migrantes en situation de précarité socio-économique, tout comme les frais et les conditions d'affiliation à une assurance maladie (domicile, compte bancaire, absence d'anonymat, etc.).

Enfin, plus les personnes cumulent les désavantages et moins le risque d'infection au VIH/IST les préoccupe. Et pour cause, ce qui prime, c'est avant tout la **satisfaction des besoins fondamentaux** (se loger et se nourrir), mais aussi l'acquisition d'un permis de séjour qui permet de s'établir en Suisse et d'y exercer un travail. Toutes ces conditions réunies permettent de fuir les relations de dépendance, de domination et d'exploitation dans lesquelles une part importante de personnes migrantes est prise.

Imbriquées les unes dans les autres, ces vulnérabilités peuvent amener à des spirales de précarisation, de marginalisation, de stigmatisation et exposer les personnes migrantes à des **discriminations intersectionnelles** à géométrie variable, entendues comme des inégalités de traitement qui s'enchevêtrent. Ici, ce ne sont pas les caractéristiques propres des personnes (origine ethnique, croyances, identité de genre, orientation sexuelle, etc.) qui engendrent des difficultés, mais le fait même de les traiter différemment en raison de celles-ci. Nos résultats montrent que ces éléments créent des contextes, des situations et des relations qui exposent davantage les personnes migrantes au risque d'infection.

D'un point de vue sociologique, les discriminations intersectionnelles se jouent à différents niveaux. Cette étude a permis de montrer que cela se joue au **niveau structurel** du fait des contraintes et des limitations liées aux systèmes en place (juridique, sanitaire, économique, etc.), au **niveau institutionnel** comme le montre le fonctionnement des institutions, au **niveau communautaire** en ce qui concerne les traitements discriminatoires à l'intérieur des communautés ethniques ou LGBTQI+ et au **niveau relationnel** en ce qui concerne les discriminations qui se vivent dans différentes sphères sociales de la vie quotidienne comme le couple, la famille, le travail, etc.

Ainsi, les **stratégies d'intervention** doivent répondre à ces différents défis. Il s'agit alors de comprendre les besoins des personnes migrantes du point de vue de la santé globale pour co-construire avec elles un parcours de santé où chaque partenaire est considéré·e comme un·e acteur·rice à part entière. Cela passe par l'information aux personnes migrantes sur leurs droits sexuels et la possibilité d'accès gratuit à des prestations dont elles ont besoin et avec lesquelles elles se sentent à l'aise. À terme, il s'agit de lutter contre les différentes formes de discrimination et de stigmatisation touchant ces personnes et de tendre vers une égalité des chances pour tou·te·s en santé.

Finalement, les résultats issus de l'enquête Mi.STI suggèrent que dans les années à venir trois changements de paradigme vont se profiler en Suisse :

- du paradigme axé sur des catégories de populations cibles 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 l'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 qui nécessite de rendre l'accès à la prévention et aux soins accessible 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 personnes migrantes. La combinaison des trois paradigmes permettra d'évoluer vers une société plus inclusive et respectueuse des diversités, en valorisant les compétences et les ressources des personnes migrantes et en facilitant l'acquisition de celles dont elles ne disposent pas, afin de favoriser la capacité d'action et l'autonomie des personnes vulnérabilisées.

Présentation des personnes interviewées

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
Permis/nationalité	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'ASS	4
	Centre de santé sexuelle	1
	Centre bas seuil (personnes en situation de précarité, sans papiers, TS)	3
	Service en milieu hospitalier	3
	Checkpoint	2
	Association domaine du TS	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

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 ³
	Travail au noir, petits jobs	6
	Apprentissage	3
	Aide sociale /aide d'urgence /AI	12/2/2
	Bourse	1
	Stages	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

³ Personnes qui travaillent dans le domaine du travail du sexe.



Références

- 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>
- 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>
- Charte d'Ottawa (1986).
- 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.
- Déclaration Communautaire de Paris (2017).
- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif* (4ème éd.). Armand-Colin.
- OFSP (2016). 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 (2020). Maladies transmissibles. *Bulletin du 23 novembre 48*, 8-39.
- 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>
- Principes de Denver (1983).
- Ramos, E. (2015). *L'entretien compréhensif en sociologie. Usages, pratiques, analyses*. Armand Colin.
- 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.

