

# INFECTION À VIH ET IST PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Les migrants/étrangers, et particulièrement les femmes, payent un plus lourd tribut à l'épidémie VIH que l'ensemble de la population. En métropole, l'épidémie affecte essentiellement les personnes originaires d'Afrique subsaharienne. Aux Antilles françaises ou en Guyane, elle touche essentiellement les populations caribéennes. La combinaison de multiples facteurs de vulnérabilité entraîne des retards au dépistage ou aux soins. Ces facteurs doivent être pris en compte afin d'élaborer avec les patients et populations de migrants/étrangers des programmes de prévention et de dépistage adaptés.

VOIR AUSSI *Bilan de santé* page 237 et *CDAG et centres de prévention* page 317

## TRAITEMENT D'URGENCE EN CAS DE RISQUE D'EXPOSITION AU VIH

*Rapport sexuel non protégé, rupture de préservatif, piqûre accidentelle, partage de seringue, etc.*

*Afin d'évaluer le risque et éventuellement de débiter un traitement antirétroviral (TPE, traitement post-exposition), se rendre le plus tôt possible après le risque d'exposition au VIH, et dans les 48h au plus tard, aux urgences de l'hôpital le plus proche.*

**T : Sida Info Service**  
**0800 840 800, 24 h/24**

## ÉPIDÉMIOLOGIE DU VIH

(Sources : InVS, OMS, Onusida)

**L'infection à VIH-sida est une pandémie mondiale (en 2005, 39 millions de personnes atteintes, 4 millions de nouveaux diagnostics par an)**, qui sévit particulièrement en Afrique subsaharienne (29 millions). Les femmes payent actuellement le tribut le plus lourd à cette pandémie (58 % des personnes infectées en Afrique subsaharienne et 55 % au Maghreb). En dehors de l'Afrique, les autres régions de développement important de l'épidémie sont l'Asie, l'Amérique latine et l'Europe de l'Est. Si le VIH est surtout transmis par voie sexuelle, la transmission par voie sanguine (injections, vaccinations, transfusions, actes de modification corporelle...) et la transmission materno-fœtale ne sont pas rares en l'absence de politique de prévention au sein de nombreux pays au système de santé déficient (absence de matériel à usage unique notamment).

**En France, la diminution des cas de sida permise par la diffusion des multithérapies à partir de 1996-1997 est moins forte parmi les migrants/étrangers que parmi les Français.** Principalement originaires d'Afrique subsaharienne, les

migrants/étrangers constituent depuis lors une part croissante des cas d'infection à VIH et des cas de sida. Sur les 20 000 découvertes environ de séropositivité intervenues de 2003 à 2005, un tiers des cas concernent des personnes originaires d'Afrique subsaharienne. (InVS). Les femmes africaines représentent 51 % des nouveaux cas parmi l'ensemble des femmes atteintes en France, et les hommes africains 20 % de l'ensemble des hommes concernés, cette proportion moindre étant notamment due à la dynamique de l'épidémie dans la population française homosexuelle masculine. Dans les départements français d'Amérique (Antilles, Guyane), l'épidémie VIH a également progressé parmi les migrants/étrangers principalement originaires des pays voisins (Haïti, Équateur, Guyane, Suriname).

**La part croissante des migrants/étrangers dans l'épidémiologie du VIH en France et en Europe traduit principalement la dynamique de l'épidémie dans les pays d'origine**, particulièrement pour l'Afrique subsaharienne et Haïti qui cumulent les causes politiques et économiques de l'exil et de la migration. La part des personnes venues chercher un traitement inaccessible dans leur pays est très minoritaire, même si les cas de malades arrivant directement de l'aéroport à la consultation marquent les esprits. Dans la mesure où l'exil et la migration ne sont que rarement motivés par des raisons médicales, il serait inopérant de viser à dissuader l'arrivée en France de personnes potentiellement infectées par le VIH. L'efficacité des politiques de prévention tient alors pour beaucoup à l'accès aux soins en France.

### **SPÉCIFICITÉS ET FACTEURS EXPLICATIFS DE L'ÉPIDÉMIE VIH CHEZ LES MIGRANTS/ÉTRANGERS**

**Les facteurs socio-économiques ont une influence déterminante dans les comportements face à la prévention, au dépistage, à l'accès au soins et à l'observance** (voir *Exil et santé* page 16). Ils se traduisent par :

- un accès limité aux actions d'information, de sensibilisation et de prévention ;
- un moindre recours au dépistage qui entraîne un accès plus tardif aux traitements ;
- un partage possible des traitements avec des proches, en France ou au pays d'origine.

Toutefois, lorsque la prise en charge médico-psycho-sociale tient compte des facteurs de vulnérabilité des personnes, l'observance et le bénéfice des traitements (diminution des décès) sont comparables entre les patients étrangers et français.

### **POUR EN SAVOIR PLUS**

sur l'épidémiologie de l'infection à VIH en France : Institut de veille sanitaire (InVS), [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)

### **ÉPIDÉMIOLOGIE VIH PARMIS LES EXILÉS**

356 patients VIH+ pris en charge au Comede parmi 20 000 nouveaux patients entre 1999 et 2005  
Taux pour 1 000 patients

■ **Afrique centrale 37 %**  
Femmes 48 %,  
Hommes 28 %

■ **Afrique de l'Ouest 19 %**  
Femmes 33 %,  
Hommes 13 %

■ **Principales nationalités concernées par taux décroissant : Rwanda 113 %**, Cameroun 92 %, Côte d'Ivoire 59 %, Congo 34 %, Congo RD 32 %, Sierra Leone 24 %, Angola 21 %, Nigeria 21 %, Guinée Conakry 20 %, Haïti 14 %, Mali 13 %, Mauritanie 11 %

■ **Les taux de prévalence observés au Comede sont plus faibles que les taux estimés dans les pays d'origine correspondants** (voir Repères géopolitiques page 31), ce qui évoque une corrélation négative entre l'infection par le VIH et l'exil.

**Les facteurs socioculturels sont importants, mais peuvent donner lieu à des interprétations abusives.** Un dialogue en confiance permet d'en appréhender la complexité et d'en comprendre les spécificités. Ces facteurs sont en lien avec :

- la place de l'individu dans le groupe social : le groupe (famille, communauté) détermine l'identité et la place de l'individu. Il est parfois difficile à celui-ci de s'en dégager, mais les éléments culturels n'étant pas figés, l'évolution sociale est toujours possible ;
- la tolérance vis-à-vis des différences : certains comportements sexuels existants, comme l'homosexualité ou la sodomie chez les hétérosexuels, restent peu acceptés dans beaucoup de communautés et sont souvent interdits par la religion ;
- les règles de la vie privée, singulièrement la faible autonomie des femmes dans le couple, qui restreint leur libre choix dans les pratiques sexuelles. La plupart du temps, les comportements des migrantes/étrangères s'inscrivent dans un schéma de domination masculine ;
- la structure familiale : les règles du lignage et du mariage, les situations matrimoniales (monogamie, polygamie, lévirat, sororat, voir aussi *Mariages forcés* page 276) peuvent influencer l'accès au dépistage, mais doivent être interprétées avec prudence en se gardant de généralisations rapides et abusives ;
- les pratiques initiatiques sexuelles (circoncisions et mutilations sexuelles féminines, voir page 275) ne donnent pas non plus lieu à des interprétations univoques en matière de prévention VIH. Si la circoncision peut parfois limiter le risque de contamination virale, suite à la kératinisation du gland après l'ablation du prépuce, elle ne protège en rien des ulcérations génitales et des autres IST. Les mutilations sexuelles féminines exposent à de nombreuses complications, dont le VIH ;
- les pratiques sexuelles exposant à des lésions génitales féminines importantes (irrigations génitales, dry sex - le « sexe sec » destiné à donner plus de plaisir au partenaire) favorisent les infections génitales et le risque VIH ;
- toutes les religions monothéistes mettent en avant les concepts d'abstinence et de fidélité au sein du couple, ou de la famille polygame, comme modèles de prévention du risque VIH. Sont ici liées les questions des exigences d'un idéal de foi, des aléas de la vie sexuelle et/ou conjugale et les nécessités de rechercher des alternatives à un modèle idéalisé de prévention inscrivant la réflexion des migrants dans des plans personnalisés de réduction des risques.

## Certaines difficultés des migrants/étrangers face au VIH/sida en France tiennent aux capacités d'accueil et de prise en charge de notre système de santé, notamment :

- un faible recours par les structures de soins à l'interprétariat professionnel (voir page 28) ;
- un dispositif limité de médiation de santé publique. Issus du groupe social ou communautaire dont ils se sentent proches, les médiateurs de santé publique n'ont pas pour mission de se substituer aux professionnels de la santé et du social, mais d'agir en synergie avec eux, d'assurer le lien dans le cadre du projet préventif et thérapeutique entre les professionnels et les publics concernés, de clarifier et interpréter le symbolique requis ;
- des regards souvent biaisés des acteurs sanitaires et sociaux sur les migrants/étrangers : biais d'interprétation par référence à des a priori sources de préjugés ; recherche de recettes parfois stéréotypées ; fascination excessive à l'égard des explications magico-religieuses ou exotiques, ce qui renforce une lecture culturaliste et empêche de rechercher d'autres interprétations concurrentes des situations observées.

## PRINCIPES ET MESSAGES DE LA PRÉVENTION VIH

**La consultation médicale demeure un moment privilégié pour une mission de prévention.** Pour les médecins, mais également pour tous les autres acteurs de santé, la prévention n'est pas une option, mais une mission à part entière. Pourtant, dans l'état actuel du système de santé, il leur est parfois difficile de ménager une place pour une médecine qui, en plus de soigner, accompagne et prévient. Si les campagnes institutionnelles et associatives peuvent jouer leur rôle, la parole du médecin relayée par celles de l'infirmière, du travailleur social et/ou du médiateur de santé publique reste essentielle dans la promotion des comportements de prévention.

**L'intervention de prévention en consultation médicale individuelle permet d'adopter une stratégie d'information-conseil personnalisée, le counseling,** dont l'efficacité est largement étayée par la littérature. Au-delà de l'information sur les modes de transmission, il est nécessaire d'aborder avec la personne sa perception des risques, son attitude à l'égard des préservatifs (masculin/féminin), ses capacités de négociation lors de rapports sexuels, ainsi que ses connaissances sur les facteurs surdéterminants de la prise de risque (voir *supra*), et ce dans le respect de ses représentations du plaisir et de ses processus psychologiques. Le soignant peut se faire aider, dans cette démarche parfois complexe, par un interprète professionnel (voir page 28) ou un médiateur de santé publique.

## RESSOURCES

*Coordonnées des Crips (Centres régionaux d'information et de prévention du sida) sur [www.lecrips.net/reseau.htm](http://www.lecrips.net/reseau.htm)*

## DES PRATIQUES ET DES RISQUES

- *Embrasser sur la bouche, se caresser, se masturber sont sans risque par rapport au VIH.*
- *Les rapports avec pénétration vaginale sans préservatif constituent une pratique à risque (le risque est majoré s'il existe d'autres infections sexuellement transmissibles en cas de saignements).*
- *Seuls les préservatifs ont prouvé leur efficacité dans la prévention du VIH et des autres IST, à condition d'être correctement utilisés ; la pilule, le stérilet, les spermicides ou le coït interrompu ne protègent pas des IST et du VIH.*

## PRINCIPES ET MESSAGES DE LA PRÉVENTION VIH

### MODE D'EMPLOI DU PRÉSERVATIF MASCULIN EN 23 LANGUES

*Disponible en albanais, anglais, arabe, bambara, bulgare, nenge tongo, chinois mandarin, créole antillais, créole guyanais, créole haïtien, espagnol, géorgien, kurde, lingala, peul, polonais, portugais brésilien, roumain, serbe, soninké, tchétchène, ukrainien et wolof.*

*Disponible auprès de l'Inpes, [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)*

**L'efficacité du préservatif masculin est aujourd'hui admise par la population française, mais sa perception peut différer parmi les migrants/étrangers.** Un travail d'explication pédagogique et sans fausse pudeur permet d'apporter deux précisions essentielles concernant son efficacité :

- le préservatif doit être utilisé lors de chaque rapport sexuel, ce que de nombreux couples tendent à oublier lorsqu'ils s'installent dans une relation durable ;
- le préservatif doit être utilisé correctement : pincer le réservoir, ne le dérouler qu'au moment de l'érection, et utiliser des gels à base d'eau.

**D'autres avantages des préservatifs masculins sont utilement présentés :**

- il est un des moyens mécaniques les plus efficaces contre la contamination par le VIH et les IST ;
- il protège d'une grossesse non désirée (une contraception hormonale chez la jeune femme pouvant être associée pour une prévention plus systématique) ;
- il est en latex, donc souple, et peut avoir des textures, des tailles des couleurs ou des goûts différents ;
- la norme CE, dans les pays de l'Union européenne, en valide la qualité ;
- il a une date de péremption explicitement écrite pour protéger l'achat de l'utilisateur ;
- certains centres de prévention et de dépistage (dont CDAG et Ciddist, voir page 317) et de nombreuses associations de lutte contre le sida en distribuent gratuitement.

**Prévention auprès des femmes.** Si la vulnérabilité particulière des femmes face au risque de contamination par le VIH est connue, elle reste insuffisamment prise en compte en matière de prévention. Les facteurs de vulnérabilité spécifiques sont physiologiques (risque supérieur de contamination dans le sens homme/femme en raison du caractère plus contaminant du sperme et d'une plus large surface des muqueuses avec risques de microlésions), et psychosociaux, souvent mal assumés, liés aux capacités d'autonomie et d'accès à la parole. Pour certaines femmes, dont l'espace de négociation sexuelle est très réduit, la proposition du préservatif au partenaire peut faire soupçonner l'infidélité.

**Le préservatif féminin (FEMIDOM) constitue un progrès majeur en matière de prévention, car son usage relève en priorité de la volonté de la femme** (distribué gratuitement dans les CPEF et certaines associations : **Sida Info Service T : 0800 840 800**). Son efficacité dans la prévention des IST est démontrée, mais sa diffusion reste plus confidentielle, en raison de son coût, de son aspect et de modalités d'utilisation semblant complexes au début. Il convient de préciser aux femmes au sujet du préservatif féminin que :

- c'est un outil de prévention dont la femme peut avoir la maîtrise ;
- de par sa nature en polyuréthane, il est plus solide que le préservatif masculin et constitue une alternative à celui-ci ;
- il recouvre la vulve, ce qui le rend plus protecteur que le préservatif masculin face aux IST ;
- il peut être mis avant les préliminaires du rapport sexuel ;
- sur le plan des sensations, il transmet mieux la chaleur et ne s'échauffe pas lors du rapport sexuel, car il est fortement lubrifié ;
- il permet également d'ouvrir un dialogue sur l'attitude à l'égard des préservatifs en général.
- attention : ne jamais utiliser 2 préservatifs en même temps (1 masculin et 1 féminin).

## PARTENAIRES ET OUTILS DE LA PRÉVENTION VIH

**Rôle des migrants/étrangers et des associations dans les actions de prévention.** De nombreux programmes ou projets de prévention sont élaborés par la DGS, l'Inpes, les Crips, les associations de prévention du VIH en direction des migrants. Les méthodologies utilisées associent les programmes généralistes de la prévention à des approches plus communautaires, pour répondre aux besoins spécifiques des populations migrantes/étrangères. Des vidéos ou des bandes-dessinées ont été réalisées avec le concours des migrants, pour les migrants (voir *Catalogue Inpes* page 427). Des méthodes innovantes d'intervention auprès des migrants se sont adaptées aux lieux fréquentés notamment par des communautés africaines : salons de coiffure, « n'gandas » (bars-restaurants), stades de football...

### RESSOURCES

*Mode d'emploi du préservatif féminin en français, anglais, créole antillais et russe*

*Disponible auprès de l'Inpes, [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)*



### RESSOURCES

*Pour télécharger et commander gratuitement des outils de prévention VIH pour les migrants*

*Inpes, [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
Catalogues Crips/Inpes 2005, Outils de prévention sida/hépatites à destination des migrants  
(Réf. 313-05120-L), L'Afrique contre le sida (formation et prévention, Réf. 3113-05121-L)*



## LA MÉDIATION DE SANTÉ PUBLIQUE

*La médiation de santé publique est une démarche innovante s'adressant notamment aux migrants et à laquelle praticiens et acteurs sanitaires et sociaux peuvent recourir. Pour en savoir plus : IMEA, Institut de médecine et d'épidémiologie appliquée, Faculté Bichat, Paris  
T : 01 44 85 63 00*

## POUR EN SAVOIR PLUS

- *Repères pour votre pratique, Dépistage du VIH-sida chez la personne migrante/étrangère, [www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/742.pdf](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/742.pdf)*
- *Brochure Après un test VIH, ne laissez jamais vos questions sans réponses... [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)  
Réf 3111-06045-DE*

**Les professionnels de santé et les associations doivent pouvoir se servir des outils de prévention existants ou aider à les faire connaître au sein de leurs équipes.** Ces différents outils permettent de sortir du discours injonctif réduit à la nécessité « d'utiliser les préservatifs ». Parler des préservatifs masculins et féminins est souhaitable et possible auprès des migrants/étrangers suivis dans les unités de soins de prise en charge du VIH, si besoin à l'aide d'un interprète professionnel, d'une association ou d'un médiateur de santé publique.

## PLACE DU DÉPISTAGE DANS LA PRÉVENTION VIH

**Les discours de prévention auprès des populations migrantes doivent inclure une incitation au dépistage, afin de les faire bénéficier des avancées thérapeutiques de ces dernières années.** Les bénéfices de la prise en charge thérapeutique précoce rendent nécessaire la promotion accrue du dépistage. Le temps de l'entretien pré-test est un moment privilégié pour aborder la prévention en s'appuyant sur les situations d'exposition au risque rapportées par les consultants. L'accord du patient pour la pratique du test est obligatoire dans tous les cas (y compris pour le bilan de grossesse), même si la demande peut être induite par le médecin. Les modalités du test, délai et remise des résultats, doivent être expliquées au patient. En cas d'importantes difficultés de communication linguistique, et faute d'un interprète professionnel, le test ne sera pas proposé.

**Le délai requis pour la remise des résultats est nécessaire au travail psychique du patient.** Lors de l'annonce, le médecin s'efforce d'accueillir les réactions psychologiques, d'évaluer la compréhension des résultats et de prendre en compte leur signification pour le patient. C'est aussi l'occasion de reprendre les éléments de la première consultation, et de réévaluer la stratégie de réduction des risques.

**L'infection à VIH, quel qu'en soit le stade, est une maladie à déclaration obligatoire (DO).** La DO est destinée à la connaissance des différentes formes de la maladie et des populations à risque. La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH permet d'améliorer la prévention et la prise en charge médico-sociale des personnes concernées et de leur entourage. Lors d'un résultat positif de sérologie au laboratoire, le biologiste doit remplir une fiche de notification composée de 5 feuillets. Il établit le code d'anonymat, complète le feuillet 1, et l'adresse à la Ddass.

Il adresse au médecin prescripteur les feuillets 2 et 3 avec les résultats du test conservé, et le feuillet 4 au CNR (Centre national de référence du VIH). Il conserve le feuillet 5 pendant 6 mois. Le médecin doit informer le patient sur la notification obligatoire et la surveillance virologique (participation volontaire pour l'étude des sous-types viraux), complète le feuillet 2 qu'il adresse à la Ddass, et garde le feuillet 3 pendant 6 mois. Le médecin inspecteur de santé publique de la Ddass valide les fiches pour les adresser à l'InVS qui élimine les doublons et ré-anonymise lors de la saisie (voir le site de l'InVS [www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).

### LIVRET DE SANTÉ BILINGUE EN 23 LANGUES

*Disponible en français, albanais, anglais, arabe dialectal maghrébin, arménien, bengali, bulgare, chinois mandarin, créole haïtien, espagnol, géorgien, hindi, kurde, ourdou, portugais, pular, roumain, russe, serbe, soninké, tamoul, turc et wolof.*

**Édité par le Comede, la DGS et l'Inpes**, avec le concours de l'Anaem, la Cimade, Médecins du Monde et le Secours catholique, le Livret bilingue est destiné à être remis par les professionnels de la santé et du social aux migrants/étrangers en situation précaire qui s'adressent à eux. Il contient les informations prioritaires en matière d'accès aux soins, de prévention médicale, de soutien juridique et social. Ce Livret bilingue est également conçu comme un carnet de liaison entre la personne et les différents intervenants dans sa prise en charge (médecin, assistante sociale, association de soutien, PMI...), tout en proposant des informations pratiques pour les démarches (plans de métro, agenda).

**Commandes auprès de l'Inpes (diffusion gratuite)** : Inpes, Service diffusion, 42 bd de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex.