



e n p a r t e n a r i a t a v e c



Études / Conseil / Formation

LES FREINS AU DÉPISTAGE DU VIH CHEZ LES POPULATIONS PRIMO-MIGRANTES ORIGINAIRES DU MAGHREB ET D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE

- SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE QUALITATIVE -

L'association Sida Info Service, en partenariat avec l'Office des Migrations Internationales, a commandité une étude auprès de personnes primo-migrantes arrivées en France depuis moins de 3 ans sur le dépistage du VIH.

L'étude vise plus précisément à :

- identifier les connaissances des personnes primo-migrantes concernant les modes de transmission et le dépistage du VIH/SIDA,
- cerner les appréciations personnelles et les comportements face à la prise de risque,
- mettre en évidence les freins au dépistage ainsi que les éléments susceptibles de lever tout ou partie de ces freins,
- recueillir les réactions face à un certain nombre de messages de prévention en matière de dépistage diffusés en France.

Dans cette perspective, 24 entretiens semi-directifs en face à face ont été réalisés durant le mois de septembre 2002 selon le plan d'échantillonnage suivant :

- 12 personnes originaires d'Afrique du Nord (Algérie, Maroc, Tunisie)
- 12 personnes originaires d'Afrique de l'Ouest (Mali, Mauritanie, Sénégal)
- répartition équilibrée par sexe, tranches d'âge (20-30 / 30-40 / 40-50 ans) et situation familiale (célibataires ou mariés ; vivant seuls ou avec leur famille)
- Catégories socioprofessionnelles variées, avec une légère sur-représentation de CSP défavorisées.

Au choix de ces populations ont présidé les éléments

suivants :

- la proportion significative de ces nationalités dans l'immigration africaine en France
- le taux de séroprévalence élevé chez certaines de ces populations en France
- ces personnes sont pour la plupart francophones
- des sollicitations nombreuses, notamment de personnes originaires d'Afrique du nord, sur le dispositif en langues étrangères de Sida Info Service.

Les principaux résultats présentés seront abordés au travers des cinq thèmes suivants :

1 - LE RAPPORT À LA SANTÉ

2 - LES REPRÉSENTATIONS ET CONNAISSANCES CONCERNANT LE VIH/SIDA

3 - LES PERCEPTIONS D'EXPOSITION AU RISQUE

4 - LE DÉPISTAGE

5 - LA COMMUNICATION

1 - LE RAPPORT À LA SANTÉ

La santé, généralement définie par les interviewés en creux : « *ne pas être malade* », est une préoccupation majeure pour la population primo-migrante.

En effet, l'arrivée en France est souvent vécue comme une période d'adaptation. L'individu doit faire face à des agressions nouvelles, tant au niveau physique (le climat, la pollution) : « *Les premiers jours on a senti que le climat c'est pas pareil. Ici il fait froid, il y a la pollution, surtout à Paris. On n'a pas l'habitude par rapport à l'Algérie, c'est pas facile...* » qu'au niveau psychologique (l'étrangeté de l'environnement, l'isolement, le stress et les difficultés de communication qui en résultent) : « *J'étais toujours en bonne santé, quand j'arrive ici j'ai la tension qui monte je ne sais pas pourquoi. C'est à cause des enfants, ils restent toujours à la maison, les bagarres, le bruit, je ne supporte pas...* »

On observe une forte ambivalence à l'égard des nouvelles conditions de vie du point de vue de la santé. Les discours s'articulent autour de deux registres opposés :

- soit au travers du facteur déséquilibrant que représente l'éloignement du pays d'origine,
- soit autour des bénéfices liés à la migration.

D'une manière générale, sur un plan culturel, les interviewés expriment peu de réticences vis à vis de la médecine occidentale. En effet, la qualité perçue de la médecine et des équipements conjuguée à la facilité d'accès favorisent et développent la prise en charge par l'individu de sa santé : « *Tous les trois mois, je vais à l'hôpital, j'ai des rendez-vous... j'ai eu la drépanocytose...* »

L'arrivée en France peut sur ce plan être assimilée à une période charnière, propice pour faire un bilan et aborder au mieux les nouvelles conditions de vie.

2 - LES REPRÉSENTATIONS ET CONNAISSANCES CONCERNANT LE VIH/SIDA

L'évocation du VIH/SIDA fait référence à deux registres distincts

a• Un registre rationnel, lié aux connaissances acquises sur la maladie. Celles-ci s'avèrent bien partagées concernant ses modes de transmission, sa gravité et les moyens de protection.

En revanche, les connaissances s'avèrent moins précises à propos du développement et des traitements de la maladie.

b• Un registre émotionnel, lié à l'affect, généré par la gravité de la maladie. Sur ce second registre, la survenue d'évocations morbides, anxiogènes viennent activer des mécanismes de défense pouvant se manifester au travers de :

- la mise à distance de la maladie elle-même : « *C'est un peu tabou, honteux, on n'en parle pas* » et des personnes considérées comme « à risque », tant sur le plan physique : « *Je pense que si on discute avec quelqu'un, si on lui serre la main, il y a des risques ...* » que sur les plans moral et symbolique : « *Quand une femme fait la vie, il faut l'éviter...* »

- un déni de l'existence de la maladie : « *toutes les autres maladies il y a des médicaments, mais là il n'y a rien. Cette maladie là je ne crois pas que ça existe ...* »

La tension entre les deux registres conduit à un déséquilibre entre les connaissances et les représentations avec une prévalence du registre émotionnel.

Cela se manifeste notamment par des doutes portant sur la véracité des informations détenues, voire des croyances erronées : « *Si quelqu'un est malade, il ne faut pas être trop près de lui, s'il tousse, on reçoit la maladie...* »

Par ailleurs, on note que les personnes peu ou pas scolarisées ainsi que les femmes sont les moins bien informées.

3 - LES PERCEPTIONS D'EXPOSITION AU RISQUE

Les répondants décrivent des situations personnelles très contrastées concernant leur degré d'exposition au risque de contamination, et par voie de conséquence, leurs pratiques en termes de protection et de dépistage. Le risque évoqué se réfère presque exclusivement à la transmission par voie sexuelle.

Trois grands types de situations se dégagent :

a• Degré d'exposition perçu nul ou quasi-nul

- hommes et femmes marié(e)s revendiquant leur fidélité et celle de leur conjoint (les rapports étant établis sur le mode de la confiance).

- jeunes gens n'ayant jamais eu de rapports sexuels.

Pour ces deux catégories de répondants, le dépistage ne correspond pas à une préoccupation : « *Je fais confiance, je sais sa vie, il ne fréquente pas des gens comme ça, moi non plus. Ça fait des années qu'on est ensemble c'est sans problème...* »

b• Degré d'exposition perçu comme peu élevé

- jeunes gens multi-partenaires, utilisant systématiquement le préservatif et ayant une grande confiance en son efficacité. Pour cette catégorie de répondants, la réalisation d'un test de dépistage ne s'impose pas dans l'immédiat.

- jeunes gens multi-partenaires, utilisant systématiquement le préservatif mais n'ayant qu'une confiance relative dans celui-ci.
- personnes exposées à des messages fortement sensibilisants, pouvant avoir un doute à l'égard de leur partenaire.

On remarque au sein de ces deux dernières catégories de répondants une pratique régulière du test de dépistage comme facteur de réassurance :

« J'ai lu dans une brochure à la fac qu'il faut faire des tests tous les 6 mois, après les rapports. Je l'ai fait car je veux savoir. Tu es plus tranquille dans ta tête, il faut contrôler sa santé... »

c• Degré d'exposition jugé élevé

- personnes qui ont eu des rapports non protégés, et qui ont décidé d'adopter un comportement de protection. Celles-ci font un test pour connaître leur situation sérologique ou envisagent de l'effectuer.
- personnes qui vivent une relation amoureuse "à distance" dans laquelle la confiance en la fidélité du partenaire n'est pas totale.
- personnes qui identifient certaines situations comme à risque alors qu'il est minime voire nul (coiffeur, pince à épiler...).

La pratique de dépistage est ici réalisée en dépit des craintes associées à "l'épreuve de vérité" ou parfois même aux risques perçus comme étant liés au dépistage lui-même :

« À un moment j'ai fait n'importe quoi et quand je suis sorti de ces événements, j'ai demandé l'analyse... ».

4 - LE DÉPISTAGE

Le terme dépistage n'est connu que de la moitié des répondants. Il est par ailleurs peu utilisé par les répondants. Le mot test, à la fois plus simple et plus neutre, lui est fréquemment substitué.

De nombreux aspects concernant le dépistage restent méconnus ou mal connus pour les personnes n'ayant jamais effectué de test ¹ :

- le délai de réalisation du test de dépistage après une prise de risque
- l'existence de traitements prophylactiques
- le délai d'attente des résultats du test
- l'existence de centres de dépistage

Par ailleurs, les termes relatifs au statut sérologique peuvent faire l'objet d'une confusion :

- si majoritairement, le vocable "positif" est compris comme indiquant la présence du virus, dans quelques cas on constate une inversion du sens : *« Tout est positif j'ai rien... »*
- en revanche, le terme séronégatif reste plus mystérieux : *« séronégatif je ne sais pas, peut être celui qui attrape la maladie (...) Le séronégatif peut être guéri ? Ah non, il n'est pas malade, pourquoi il a un nom de malade alors ?... »*

Parmi les freins au dépistage, on retrouve :

- en majeur
 - l'image dévalorisante et culpabilisante de la maladie liée à l'idée de faute morale et à la crainte de l'exclusion
 - la peur du résultat : *« On ne vit plus comme avant. On ne veut pas savoir si on l'a, et on veut vivre comme avant. Donc on ne fait pas le dépistage... »*
- en mineur
 - la cherté et l'absence d'anonymat supposées, l'invisibilité de la maladie à ses débuts : *« Là bas il n'y a que des maladies concrètes (...) si c'est une maladie qui ne se voit pas comme le Sida, ils s'en foutent. (...) Les gens vont pas traiter une maladie qui ne se voit pas. (...) Donc personne ne fait le test... »*

5 -LA COMMUNICATION

Pour une majorité de répondants, la communication est considérée comme un élément participant à la prévention des risques. De ce point de vue, la France est considérée comme un pays plus fortement communiquant que le pays d'origine.

Cependant les campagnes de communication semblent peu adaptées aux spécificités de la population migrante. Leurs réactions confirment :

- la nécessaire simplicité des messages²
- l'importance du descriptif, pour tout ce qui relève de l'information rationnelle et de la "canalisation" de l'imaginaire sur le registre de l'aide personnalisée, de la dédramatisation
- le caractère perturbant de certaines images trop explicitement liées au registre sexuel.

AXES DE RECOMMANDATION

1. Les primo-migrants constituent une population très hétérogène en termes socioculturels. Cette hétérogénéité s'exprime notamment à travers la perception des risques de transmission qui varie fortement en fonction des situations de vie. Il semble également que les femmes soient moins accessibles ou aient moins « accès » aux messages de prévention concernant le SIDA.

> **Il paraît donc impératif de prendre en compte cette diversité, tout en utilisant une base de communication commune, simple et concrète afin de toucher le plus grand nombre.**

2. L'arrivée en France représente une période charnière. Elle peut être propice à une (re)prise en charge de sa santé.

Potentiellement fragilisée du fait de son nouvel environnement, la personne primo-migrante peut se sentir, par ailleurs, mieux entourée médicalement, tant en termes de facilités d'accès aux soins que de qualité des équipements et de la médecine pratiquée.

> **La communication sur le VIH/SIDA peut prendre appui sur ce besoin potentiel de la personne de faire un bilan de santé.**

3. Le VIH/SIDA induit des représentations qui s'articulent selon un double registre rationnel et émotionnel. Ceci rend peu stable le socle des connaissances sur la maladie, introduisant un doute toujours possible sur ce qui est su.

> **La communication sur le dépistage ne peut se cantonner au seul registre rationnel.**

Elle doit permettre de dédramatiser et de stabiliser les représentations de façon à favoriser la prise de conscience, la décision puis la démarche active de dépistage. Dans cette perspective, trois leviers de communication paraissent conjointement envisageables :

- l'explicitation du message
- la déculpabilisation
- l'invitation à l'action à travers la recontextualisation du dépistage dans un programme global de prévention.

4. Le dépistage : un mot peu connu.

> **Le terme test, utilisé seul ou au travers d'expressions de type "test de dépistage" semble devoir être retenu comme mot clef, pivot de la communication en direction de la cible des primo-migrants.**

5. Les connaissances sur le déroulement d'un test de dépistage du SIDA sont partielles : l'existence de centres de dépistage, l'anonymat et la gratuité de la démarche, les délais d'obtention des résultats semblent mal connus.

> **Ces différents éléments factuels doivent figurer dans les supports de communication.**

6. Les motivations au dépistage s'inscrivent majoritairement dans deux logiques distinctes :

- de rupture : faire le point avant d'aborder une nouvelle vie

- de continuité : établir des points réguliers afin de vérifier l'efficacité de la protection adoptée sachant que les autres motivations (protéger autrui, bénéficier de soins le plus tôt possible) apparaissent trop peu partagées pour constituer des leviers de communication efficaces.

> **Ces deux logiques peuvent permettre de personnaliser les messages de prévention et plus particulièrement celui de promotion du dépistage.**

7. Les deux principaux freins au dépistage supposent de travailler tout à la fois sur :

> **la valorisation de la démarche**

> **l'atténuation des enjeux liés aux résultats du test.**

Synthèse réalisée par le Cabinet ADAGE en collaboration avec le service Evaluation et Qualité et la coordination des Actions « Migrants » de Sida Info Service. L'étude complète est disponible sur le site Internet de Sida Info Service : www.sida-info-service.org

¹ Cf étude qualitative exploratoire sur les modes et les sources d'information à privilégier vis à vis des migrants concernant le VIH/SIDA menée par l'institut SORGEM à l'initiative de l'INPES en 2002.

² Cf étude quantitative sur les habitudes média des migrants issus des pays d'Afrique subsaharienne menée par l'institut BVA à l'initiative de l'INPES en 2002.