
Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida : connaissances, attitudes, croyances et comportements

Dossier de presse
Juin 2007



SOMMAIRE

| | |
|--|------|
| Introduction | 3 |
| Le VIH/sida une préoccupation majeure | 4 |
| Quelles connaissances du VIH/sida parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ? | 5 |
| A. Connaissances des modes de transmission du VIH/sida | 5 |
| 1 – Les principaux modes de transmission sont connus..... | 5 |
| 2 – ...mais des connaissances erronées persistent..... | 5 |
| 3 – Un niveau de connaissances corrélé au niveau d'études | 5 |
| B. Connaissances des moyens de protection, des traitements et de leurs bénéfices..... | 6 |
| 1 – Le préservatif, le moyen de protection le plus efficace | 6 |
| 2 – ...mais une image encore négative..... | 7- 8 |
| 3 – Les préservatifs féminins : un moyen de protection connu mais peu utilisé..... | 9 |
| 4 – La connaissances des traitements et de leurs bénéfices à renforcer..... | 9 |
| Des attitudes encore parfois discriminantes vis-à-vis des personnes séropositives | 10 |
| A. La persistance d'attitudes stigmatisantes | 10 |
| B. ... souvent liées à des connaissances erronées..... | 11 |
| Activité sexuelle et prévention | 12 |
| A. Premier rapport sexuel et préservatif | 12 |
| B. Multi partenariat et prévention..... | 13 |
| C. Les femmes : une maîtrise plus difficile de la prévention | 13 |
| Le test de dépistage : connaissances et pratique | 14 |
| A. Un recours important au dépistage | 14 |
| B. Des craintes particulières liées au résultat | 14 |
| C. Accès au dépistage et précarité..... | 14 |
| Conclusion | 15 |
| Annexes | |
| Enquête et méthodologie..... | 16 |
| Typologie des actions de communication de l'INPES en direction des populations migrantes | 17 |

Introduction

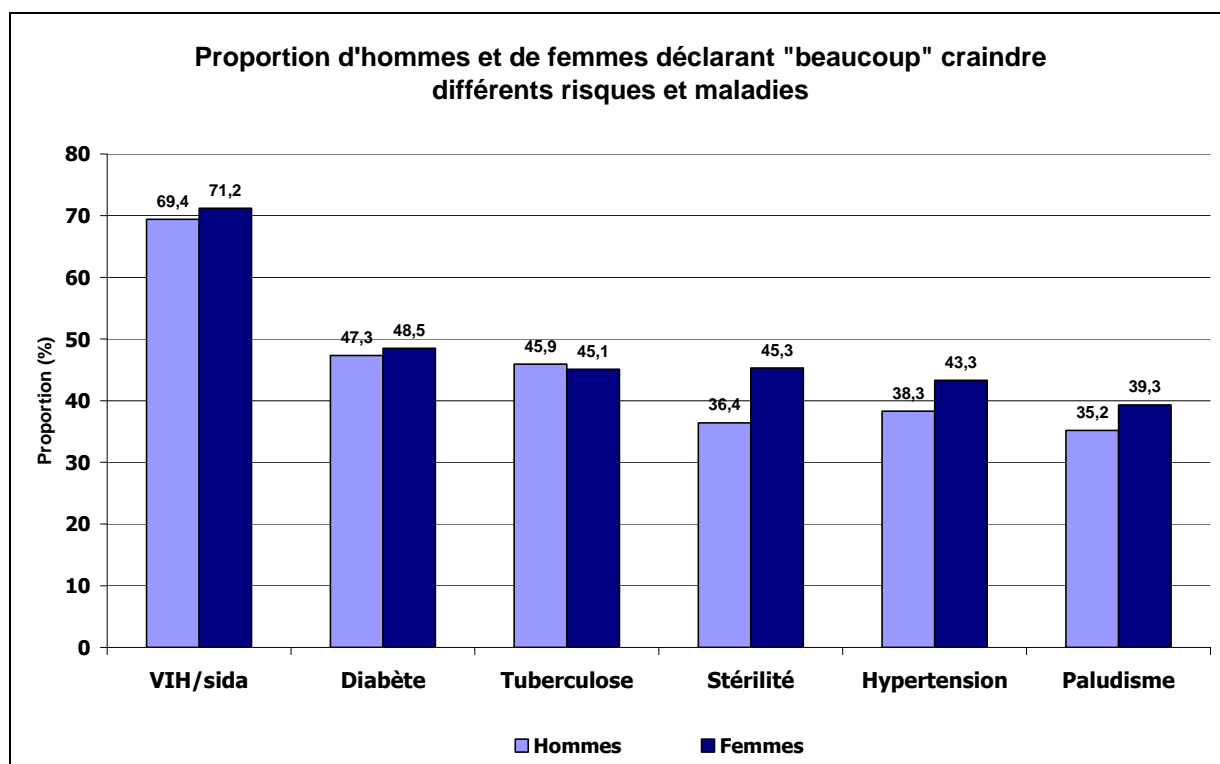
Du fait du poids grandissant des populations originaires d'Afrique subsaharienne parmi les nouveaux diagnostics de VIH/sida et leur désignation comme « populations prioritaires » dans le programme national de lutte contre le VIH/sida 2005-2008, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a lancé en 2005 une enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida des populations originaires d'Afrique subsaharienne, afin de préciser ses stratégies de prévention.

L'objectif de cette enquête est de mettre en lumière les représentations sociales que les populations originaires d'Afrique subsaharienne ont du VIH/sida, leurs connaissances des modes de transmission, des moyens de s'en protéger et des traitements, les attitudes qu'elles ont à l'égard des personnes touchées par l'épidémie, leur perception du risque de contamination et leurs modes d'adaptation face à ce risque.

L'enquête a été réalisée en Île-de-France auprès de 1 874 personnes âgées de 18 à 49 ans. Les données disponibles au moment de l'enquête montraient en effet que 60 % des natifs d'Afrique subsaharienne résidaient en Île-de-France. Par ailleurs, parmi les personnes de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne qui ont découvert leur séropositivité entre 2003 et 2005, 65 % vivent dans la région parisienne.

Le VIH/sida : une préoccupation majeure

Le premier enseignement de cette enquête est que le VIH/sida est une **préoccupation majeure** pour les personnes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Île-de-France. **Plus de 70 % des personnes interrogées ont ainsi déclaré craindre beaucoup le VIH pour elles-mêmes**, loin devant d'autres maladies comme le diabète (47,9 %) ou la tuberculose (45,3 %).



Par ailleurs, les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ont une perception plus aiguë du risque de contamination que les autres populations. Elles sont beaucoup plus nombreuses à indiquer avoir déjà craindre une contamination par le VIH (42,1 % contre 28,5 % pour la population générale de métropole et 34,9 % pour celle des Antilles et de la Guyane).

Les populations originaires d'Afrique subsaharienne se montrent donc extrêmement concernées par l'épidémie. Aucune banalisation du VIH/sida n'est observée, ce qui offre un contexte favorable pour asseoir la prévention et les campagnes de communication sur le VIH/sida.

Quelles connaissances du VIH/sida parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne ?

A. Connaissances des modes de transmission du VIH/sida

1. Les principaux modes de transmission sont connus...

Les modes de transmission du virus du sida sont globalement aussi bien connus des interviewés que de la population générale et celles des Antilles/Guyane :

- 97 % déclarent que le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels sans préservatif,
- 96,4 % en recevant du sang,
- 95 % lors d'une piqûre intraveineuse de drogue avec une seringue déjà utilisée,
- 87,6 % de la mère à son enfant au moment de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

2. ... mais des connaissances erronées persistent

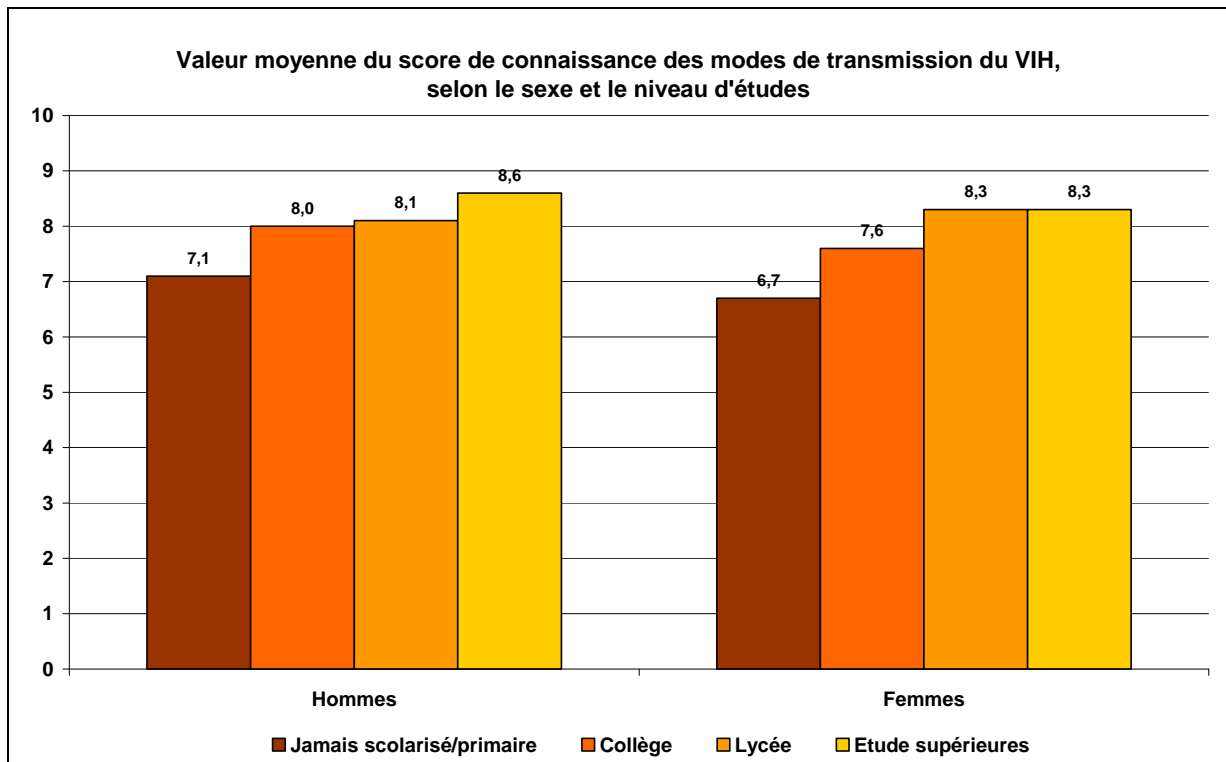
Les circonstances au cours desquelles le VIH ne peut être transmis sont moins bien maîtrisées :

- 32,8 % des personnes interrogées déclarent à tort que la transmission est possible par une piqûre de moustique,
- 24,4 % en embrassant une personne contaminée,
- 21,2 % en étant hospitalisé dans le même service qu'une personne contaminée,
- 19,8 % dans les toilettes publiques.

3. Un niveau de connaissances corrélé au niveau d'études

La connaissance des modes de transmission est meilleure parmi les répondants déclarant un niveau d'études élevé, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Ainsi, la valeur moyenne du score de connaissances des modes de transmission du VIH passe de 6,8 sur 10 parmi les personnes qui n'ont jamais été scolarisées ou qui l'ont été jusqu'en primaire à 8,1 sur 10 parmi celles qui ont fait des études supérieures. Cette tendance concerne aussi bien les hommes que les femmes.



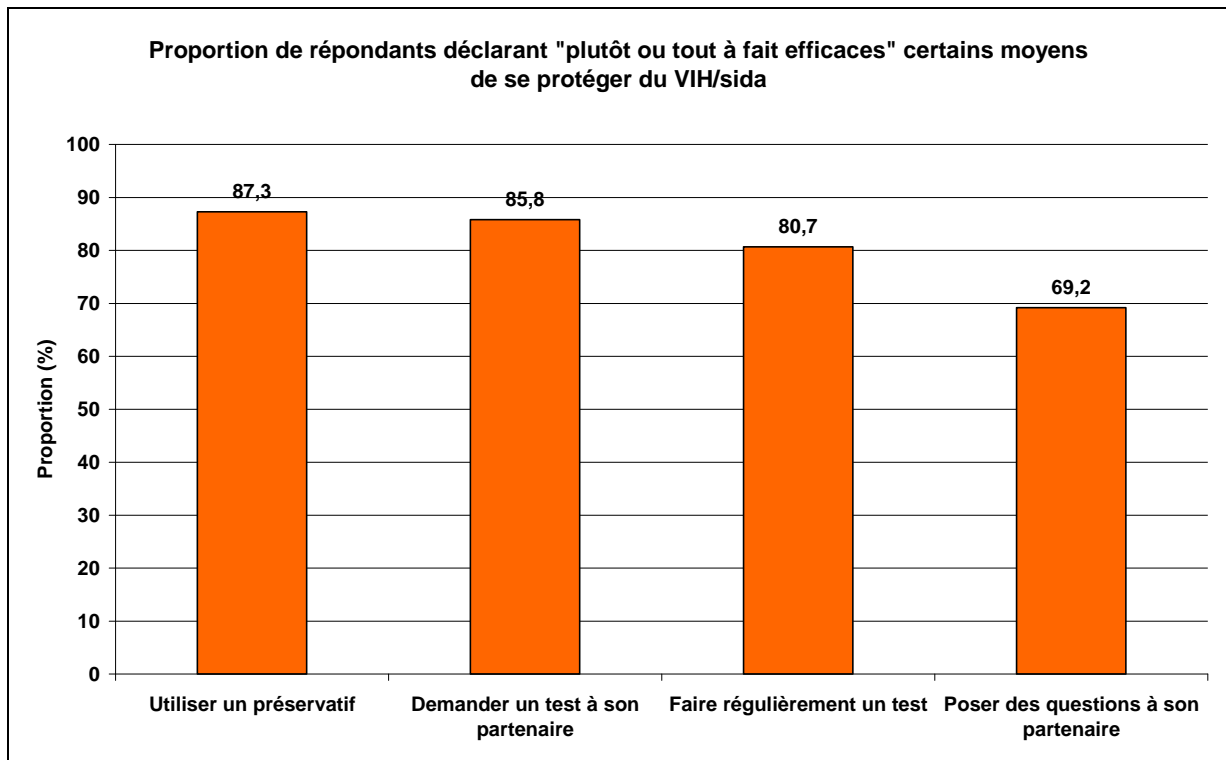
B. Connaissance des moyens de protection, des traitements et de leurs bénéfices

1. Le préservatif, le moyen de protection le plus efficace...

87,3 % des personnes interrogées identifient le préservatif masculin comme le moyen de protection le plus efficace contre le virus du sida. De la même manière, elles connaissent globalement bien les moyens qui ne sont pas efficaces pour se protéger du VIH : se laver après l'acte sexuel, se retirer avant la fin du rapport, boire des tisanes ou encore avoir recours à un féticheur.

Les populations originaires d'Afrique subsaharienne se distinguent cependant de la population générale de métropole par une plus forte valorisation des stratégies qui favorisent le dialogue avec le partenaire et le recours au test de dépistage. Ainsi, une large majorité de personnes interrogées considère que « *demandeur un test de dépistage à son partenaire* », « *faire soi-même régulièrement un test* » ou « *poser des questions à son partenaire sur sa vie sexuelle passée* » sont des moyens efficaces de se protéger du VIH.

Ces méthodes de prévention, qui peuvent être considérées comme complémentaires à l'utilisation du préservatif, ne sont efficaces que si elles sont intégrées dans une stratégie globale de prévention, incluant ce dernier. Par exemple, le test de dépistage peut être un élément central d'une stratégie de prévention lorsqu'il précède l'abandon du préservatif au sein d'un couple stable. À l'inverse, le test de dépistage ne peut pas être considéré comme un moyen efficace de se protéger du VIH lorsqu'il sert à se rassurer dans le cadre de prises de risque répétées.

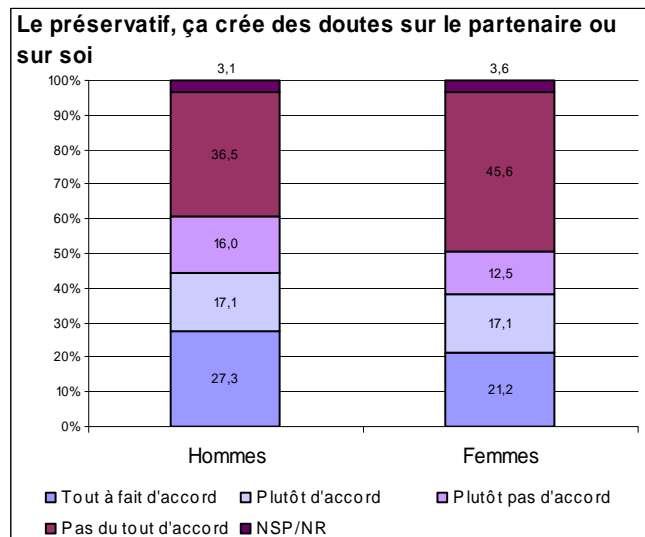
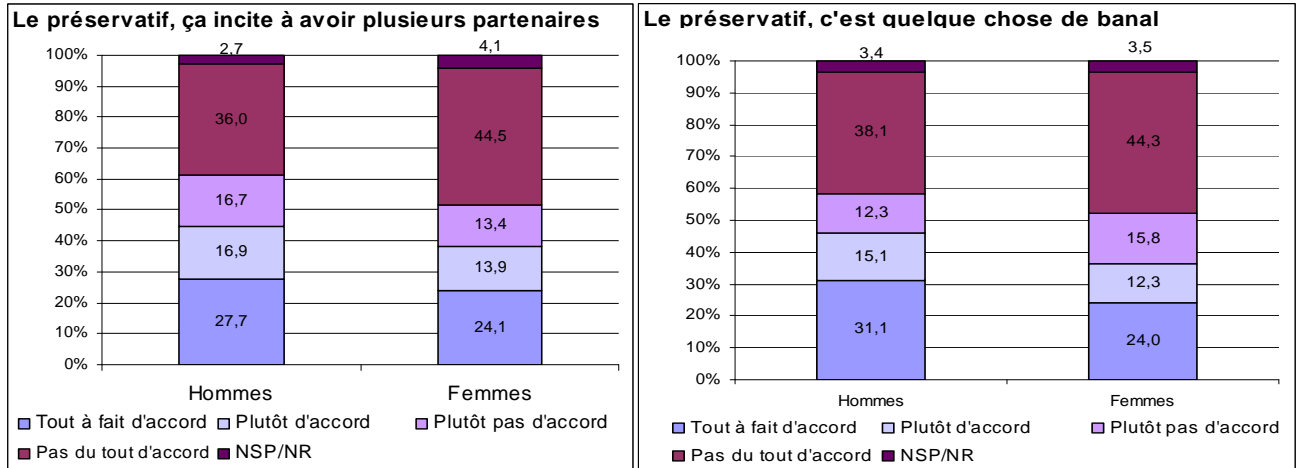


2. ...mais une image encore négative

Si le préservatif est identifié comme le moyen le plus efficace de se protéger contre le VIH/sida, le niveau d'appréciation générale du préservatif est particulièrement mauvais parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Même si les femmes, les jeunes, les plus diplômés et les utilisateurs de préservatifs dans l'année en ont une meilleure image, les résultats montrent que le préservatif est encore couramment associé à la notion de multipartenariat. Pour environ 40 % des personnes interrogées, il « *incite à avoir plusieurs partenaires* » et « *crée des doutes sur le partenaire* ». Par ailleurs, le préservatif est moins souvent considéré « *comme quelque chose de banal* » par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne (environ 40 %), que par celles des Antilles-Guyane (environ 50 %) ou la population générale de métropole (environ 70 %).

Répartition des personnes interrogées sur leurs opinions à l'égard des préservatifs selon le sexe



Cette image négative du préservatif peut avoir des conséquences sur son utilisation. Ces mauvaises opinions peuvent être à l'origine de davantage de refus d'utilisation du préservatif parmi cette population. Près de quatre personnes sur dix (37,7 %) ont déclaré qu'elles avaient déjà été confrontées au refus de leur partenaire d'utiliser un préservatif et, pour 22,3 % d'hommes et de femmes, cette situation s'était présentée plusieurs fois.

3. Les préservatifs féminins : un moyen de protection connu mais peu utilisé

A la question « *avez-vous déjà entendu parler des préservatifs féminins* », 73,6 % des personnes interrogées répondent par l'affirmative, autant d'hommes (73,8 %) que de femmes (73,6 %). Notons que ce sont les personnes les plus faiblement scolarisées et celles dans les situations sociales les plus difficiles qui connaissent le moins les préservatifs féminins.

S'ils sont connus, les préservatifs féminins sont peu utilisés puisqu'au moment de l'enquête seulement 11,4 % des personnes interrogées l'avaient expérimenté.

4. La connaissance des traitements et de leurs bénéfices à renforcer

Au moment de l'enquête, seules 56,5 % des personnes interrogées ont déclaré avoir entendu « *parler des traitements contre le virus du sida* », davantage d'hommes (62,7 %) que de femmes (50,7 %).

Ces connaissances sont, à nouveau, étroitement liées au niveau d'études. En effet, 68,4 % des personnes interrogées ayant suivi des études supérieures connaissent l'existence des traitements, contre à peine plus d'un quart (26,0 %) des personnes n'ayant jamais été scolarisées ou d'un niveau d'études primaires. Une moindre connaissance de l'existence des traitements est également à noter parmi les personnes vivant dans les situations les moins stables (en situation administrative précaire, ne bénéficiant d'aucune couverture sociale, vivant en foyer ou à l'hôtel).

Parmi les individus qui ont déclaré « *avoir entendu parler des traitements contre le virus du sida* »,

- 92,7 % savent que, grâce à ces traitements, les personnes traitées vivent plus longtemps,
- 91,8 % que ces traitements ne permettent pas de guérir définitivement,
- 83,4 % qu'ils n'empêchent pas la transmission du VIH.

Ces connaissances apparaissent une nouvelle fois corrélées au niveau d'études. Ainsi, seules 57,5 % des personnes peu ou pas scolarisées savent que ces traitements n'empêchent pas la transmission du VIH, contre 76,2 % des personnes scolarisées jusqu'au collège ou lycée et 88,8 % de celles ayant suivi des études supérieures.

Des attitudes encore parfois discriminantes vis-à-vis des personnes séropositives

A. La persistance d'attitudes stigmatisantes...

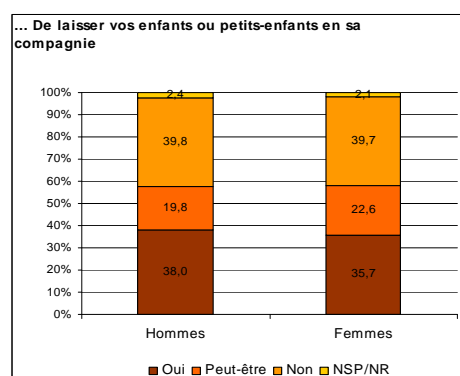
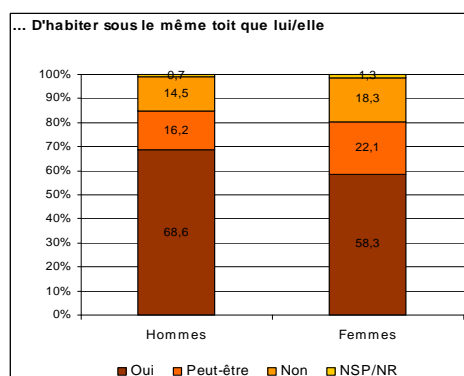
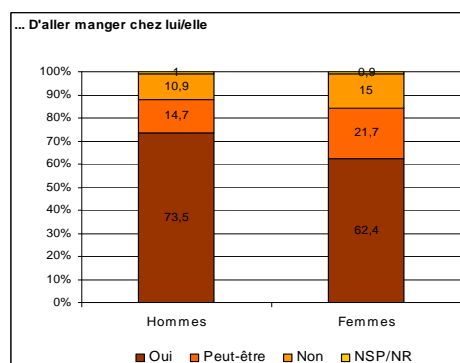
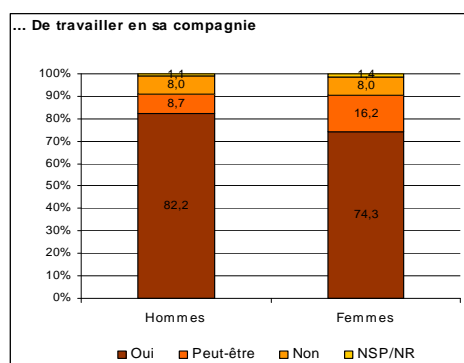
Les personnes originaires d'Afrique subsaharienne se déclarent majoritairement opposées aux mesures discriminatoires qui pourraient être prises à l'encontre des personnes séropositives :

- 88,3 % d'entre elles se déclarent contre l'idée d'interdire à un enfant atteint du VIH/ sida d'aller à l'école,
- 61,2 % sont en défaveur de l'isolement des malades à l'hôpital.

Lorsqu'on demande aux personnes interrogées de se prononcer sur leurs attitudes face à des situations les impliquant personnellement avec des personnes séropositives, on constate que plus le degré de proximité avec des personnes séropositives est élevé plus la proportion de personnes arborant des attitudes discriminantes est importante. Ainsi, si 78,1 % des répondants accepteraient de travailler avec une personne séropositive, ils ne sont plus que 36,8 % à déclarer qu'ils laisseraient leurs enfants ou petits-enfants en compagnie d'une personne atteinte (contre plus de sept personnes sur dix parmi la population générale de métropole et plus de cinq sur dix aux Antilles/Guyane).

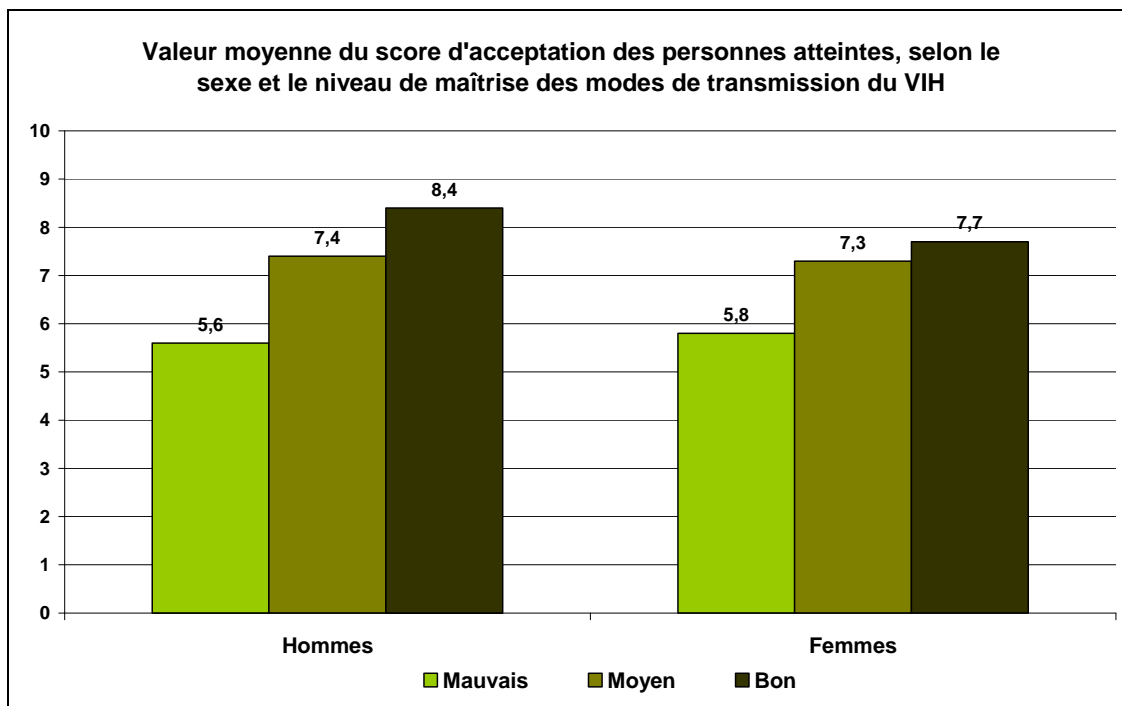
Répartition des personnes interrogées selon leurs attitudes à l'égard des personnes séropositives, par sexe

« Si vous saviez qu'une personne est séropositive, accepteriez-vous... »



B. ...souvent liées à des connaissances erronées

L'existence de connaissances erronées sur la transmission du VIH (par exemple la possibilité de transmission par simple contact) explique en grande partie l'existence d'attitudes discriminantes vis-à-vis des personnes séropositives. En effet, moins les personnes maîtrisent les modes de transmission du VIH, plus elles sont nombreuses à déclarer des attitudes d'exclusion. Chez les hommes, le score d'acceptation des personnes atteintes passe de 5,6/10 parmi ceux qui ont une mauvaise connaissance des modes de transmission à 8,4/10 parmi ceux qui en ont une maîtrise complète. Chez les femmes, les scores respectifs sont de 5,8/10 à 7,7/10.



Les contextes de vie des personnes interrogées (ancienneté du séjour en France, statut administratif, langue parlée au quotidien et vie en collectivité) déterminent également le niveau d'acceptation des personnes atteintes. En effet, on observe une acceptation accrue des personnes atteintes chez les personnes bénéficiant d'une plus forte intégration dans la société française.

Activité sexuelle et prévention

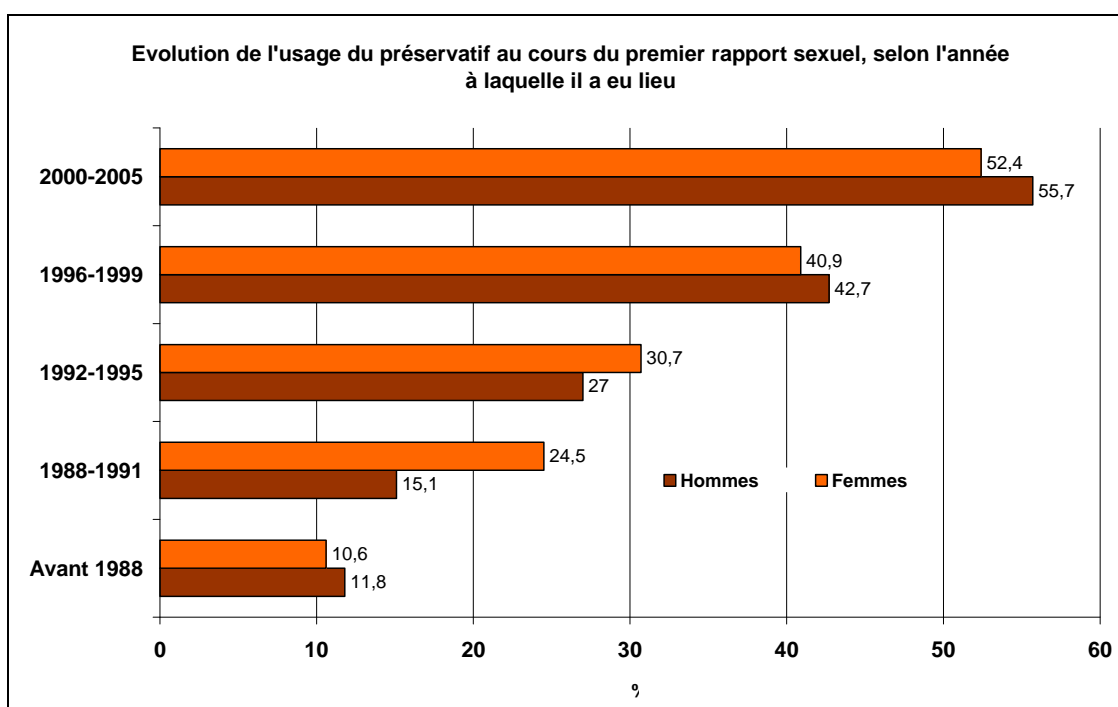
A. Premier rapport sexuel et préservatif

On observe une augmentation régulière et significative de l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel au cours de ces dernières années, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

- 11,1 % des répondants déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel lorsqu'il a eu lieu avant 1988,
- 53,5 % des personnes interrogées déclarent avoir utilisé un préservatif lorsque ce premier rapport a eu lieu entre 2000 et 2005.

Une telle évolution sur une période aussi courte témoigne de l'efficacité des politiques de prévention menées en direction des populations originaires d'Afrique subsaharienne.

Même si l'utilisation du préservatif lors du premier rapport sexuel reste à un niveau inférieur à ceux observés auprès de la population générale de métropole (85 %) et de celle des Antilles/Guyane (80 %), force est de constater que le préservatif s'impose progressivement comme la norme préventive en début de vie sexuelle. Ce résultat est d'autant plus important qu'il préfigure le parcours de vie des individus. Ainsi, l'utilisation du préservatif au cours du premier rapport sexuel détermine fortement son utilisation future.



B. Multipartenariat et prévention

Au moment de l'enquête, 30,2 % des hommes ont déclaré avoir eu au moins deux partenaires sexuels au cours de l'année passée. Dans la majorité des cas, ce multipartenariat signifiait l'existence de relations simultanées. Pour les hommes interrogés dans le cadre de l'étude, le multipartenariat demeure à un niveau relativement élevé y compris parmi les 40 ans et plus, contrairement à ce que l'on observe parmi la population générale où il concerne davantage les jeunes hommes.

Parce qu'elle est fortement liée à l'activité sexuelle des individus, l'utilisation du préservatif est plus importante parmi les multipartenaires. Ainsi, 85,8 % des hommes et 90,6 % des femmes multipartenaires ont utilisé un préservatif au cours des douze derniers mois contre respectivement 40,8 % et 26,5 % des monopartenaires.

Le fait que les personnes les plus nombreuses à utiliser des préservatifs sont celles qui sont potentiellement les plus exposées au risque de contamination par le VIH montre, qu'en dépit de son image plutôt négative, le préservatif fait pleinement partie des stratégies de prévention mises en place par cette population. Cependant, la fréquence de l'utilisation des préservatifs montre que la protection n'est pas systématique, notamment dans le cadre de relations simultanées, ce qui représente un risque d'exposition au VIH.

C. Les femmes : une maîtrise plus difficile de la prévention

Au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, les femmes ont moins souvent déclaré avoir utilisé un préservatif que les hommes (34,3 % contre 56,2 %). Cette différence s'explique essentiellement par le fait qu'elles ont été moins nombreuses à déclarer plusieurs partenaires au cours de l'année.

Même si la quasi-totalité des femmes multipartenaires a déclaré avoir utilisé au moins une fois un préservatif au cours de l'année, ces dernières se trouvent plus souvent confrontées à des refus d'utilisation de la part de leur(s) partenaires : 69,4 % contre 50,5 % pour les hommes. Conséquence probable de ces refus, les femmes engagées dans un multipartenariat simultané sont moins nombreuses à protéger systématiquement l'ensemble de leurs relations que les hommes qui se trouvent dans la même situation.

Bien que le multipartenariat déclaré par les femmes originaires d'Afrique subsaharienne ne soit pas plus important que celui déclaré par les femmes de la population générale de métropole, les femmes africaines se trouvent plus souvent dans des situations à risque face au VIH/sida. Le multipartenariat plus souvent simultané de leur conjoint les expose possiblement et de façon indirecte à un risque de contamination. Au moment de l'enquête, 22,8 % des hommes mariés et 34,6 % des hommes non mariés mais vivant en couple ont déclaré avoir eu plusieurs partenaires dans l'année.

Certains indicateurs suggèrent que les femmes ont conscience des risques que peuvent leur faire courir leurs partenaires. Ainsi, par exemple, le résultat qui montre que ce sont les femmes qui ont le plus recours au dépistage qui utilisent le moins souvent le préservatif peut traduire une certaine difficulté à imposer des rapports sexuels protégés au sein du couple. La réalisation de test de dépistage à intervalle régulier peut alors servir de contrôle par rapport à un risque perçu.

Pour de nombreuses raisons, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne n'ont pas encore la pleine maîtrise de la prévention. Potentiellement plus fortement exposées au VIH, elles ont également, en raison de facteurs biologiques, plus de risques d'être infectées par le virus. Actuellement, parmi les personnes originaires d'Afrique subsaharienne, les femmes représentent plus de 60 % des nouvelles découvertes de séropositivité.

Le test de dépistage : connaissances et pratiques

A. Un recours important au dépistage

64,9 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France ont déjà fait un test de dépistage du VIH au cours de la vie. Ce pourcentage est supérieur à celui de la population interrogée en métropole (53,9 %) et aux Antilles/Guyane (61,5 %). Ce résultat va à l'encontre de l'hypothèse souvent avancée selon laquelle les populations d'Afrique subsaharienne recourraient moins souvent au dépistage du VIH que les autres.

Dans environ 60 % des cas, le dernier test a été réalisé soit à l'initiative du médecin à l'occasion d'un bilan de santé ou à cause de symptômes soit dans le cadre d'un protocole de dépistage (examen prénatal, certificat nuptial, don de sang). Ceci rappelle la place centrale des professionnels de santé sur cette question.

Par ailleurs, les populations originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France ont une bonne connaissance des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) sans qu'elles ne les utilisent plus que la population générale de métropole (6 à 7 % des derniers tests). L'hôpital joue un rôle central dans l'accès au dépistage de cette population puisque 30,4 % des derniers tests ont eu lieu en milieu hospitalier.

B. Des craintes particulières liées au résultat

Les personnes n'ayant jamais réalisé de test de dépistage invoquent le plus souvent les deux motifs proches que sont le fait :

- de ne pas se sentir à risque (66,6 %)
- de ne pas y avoir pensé (58,0 %).

La particularité des réponses des personnes originaires d'Afrique subsaharienne réside dans :

- la peur que l'entourage apprenne un résultat positif (40,5 % contre 13,8 % parmi la population générale de métropole et 9,2 % aux Antilles/Guyane),
- le fait de ne pas savoir où s'adresser pour réaliser un test (16,8 % contre 7,7 % parmi la population générale de métropole et 5,1 % aux Antilles/Guyane).
- la peur d'être expulsé en cas de test positif (15,7 %).

C. Accès au dépistage et précarité

Les personnes qui se trouvaient au moment de l'enquête dans une situation de précarité sociale et administrative présentaient des difficultés importantes pour accéder à la prévention et notamment au dépistage.

Les personnes sans titre de séjour ou détentrices d'une carte de séjour temporaire avaient une probabilité environ deux fois moindre d'avoir déjà été testées que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne de nationalité française. Ce recours inférieur au dépistage pourrait en partie s'expliquer par une moindre connaissance des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) au sein des populations en situation de précarité sociale et administrative alors même que ces structures offrent un dépistage sans exigence quant au statut d'assuré social ou au statut légal.

Conclusion

Les actions institutionnelles et associatives engagées ces dernières années semblent avoir répondu, au moins en partie, aux besoins des populations originaires d'Afrique subsaharienne face au VIH/sida. Cette enquête montre des évolutions encourageantes à soutenir et à consolider tout en prenant soin d'accompagner les populations les plus vulnérables face au VIH/sida :

- **les personnes pas ou peu scolarisées** : dans l'ensemble des analyses, le niveau d'études apparaît comme l'une des variables les plus discriminantes. Quel que soit le thème abordé, les écarts obtenus entre, d'une part, les personnes qui ont fait des études supérieures et, d'autre part, celles qui ont un niveau d'études primaires ou qui n'ont jamais été scolarisées, sont très importants, davantage marqués que ceux observés dans les enquêtes réalisées auprès de la population générale en métropole et aux Antilles-Guyane.
- **les femmes** : les femmes originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Île-de-France se trouvent dans une situation globalement moins favorable que celle des hommes face au VIH/ sida. Leur plus forte vulnérabilité s'explique essentiellement par le fait qu'elles ont une moins grande maîtrise de la prévention même si, par ailleurs, elles ont une perception élevée du risque VIH.
- **les personnes en situation de précarité sociale et administrative** : ces personnes se caractérisent à la fois par des niveaux de connaissance moindres, traduisant probablement un accès plus difficile à l'information, et par un accès moins important au dépistage. Ces résultats rappellent que la cohérence des actions de prévention repose également sur la politique d'accès aux droits et d'accès aux soins.

Les résultats de cette enquête vont permettre aux intervenants institutionnels et associatifs de mettre en place des actions répondant au plus près aux besoins de ces populations. Il s'agira notamment de :

1. renforcer l'information sur les circonstances qui ne transmettent pas le virus du sida, ce qui contribuera à faire reculer les attitudes de stigmatisation à l'égard des personnes atteintes,
2. consolider l'information sur les traitements,
3. renforcer l'information sur l'existence des consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), notamment auprès des personnes en situation administrative et sociale précaire,
4. rappeler que le préservatif est le moyen le plus efficace pour se protéger du VIH/sida,
5. faire évoluer l'image du préservatif masculin : aider à dédramatiser l'acte d'achat, à banaliser son usage, à en faire un objet que chacun peut s'approprier,
6. Participer à faire évoluer les représentations relatives à la sexualité des hommes et des femmes pour permettre à ces dernières d'acquérir une meilleure maîtrise de la prévention.

ANNEXES

Enquête et méthodologie

Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/sida, Connaissances, attitudes, croyances et comportements

Enquête réalisée par l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) en partenariat avec l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS Île-de-France).

Auteurs :

- Nathalie Beltzer, économiste de la santé, chargée d'études, ORS Île-de-France,
- Karine Fénies, socio-démographe, doctorante, Université René Descartes — Paris V,
- Sandrine Halfen, socio-démographe, chargée d'études, ORS Île-de-France,
- France Lert, directrice de recherche, Inserm U687,
- Stéphane Levu, épidémiologiste, chargé de projet scientifique, Institut de veille sanitaire,
- Nathalie Lydié, géo-démographe, chargée d'études et de recherche, INPES, coordinatrice de l'enquête.

Cette enquête a nécessité la mise en place d'une méthodologie originale qui se justifiait notamment par l'absence de base de sondage récente. Au moment où a été initiée l'enquête, les seules données de recensement disponibles étaient déjà anciennes (1999) alors que le nombre d'étrangers provenant d'un pays d'Afrique subsaharienne admis au titre de séjour avait significativement augmenté depuis cette date.

L'enquête a eu lieu dans cinquante communes d'Île-de-France ; elle a été réalisée en lieux ouverts, à partir de sites d'enquêtes fixes. Cette méthodologie a permis d'interroger un échantillon représentatif de la population originaire d'Afrique subsaharienne vivant en Île-de-France en termes de répartition par sexe et par pays de naissance. A contrario, les personnes qui ont participé à l'enquête sont significativement plus jeunes et plus éduquées que la population qu'elles représentent.

Comparativement à une enquête par téléphone, le taux de refus est important – une personne sur cinq a accepté de participer à l'enquête. Toutefois, la robustesse des données recueillies a confirmé les possibilités offertes par la méthodologie développée pour cette enquête, méthodologie par ailleurs, facilement reproductible et de mise en œuvre rapide. Enfin, conformément à l'hypothèse qui avait été posée, les options retenues ont permis d'inclure dans l'échantillon des personnes en forte précarité administrative dont on peut penser qu'elles sont peu représentées dans les enquêtes par téléphone.

Typologie des actions de communication de l'INPES en direction des populations migrantes

1. les campagnes télévisées de prévention du VIH offrant une visibilité aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne :

- 2002 : « Sida. Le test, c'est important de savoir »,
- 2004 : « Parce que le virus du sida et les IST circulent, restez fidèle au préservatif »,
- 2005 : « Le test de dépistage est anonyme, confidentiel et gratuit » et « Contre le sida, on a tous notre mot à dire »,
- 2006 : « Ensemble, luttons contre la discrimination des personnes séropositives ».

2. le développement d'actions de communication sur les médias communautaires : un dispositif d'actions spécifiques a été mis en place sur les médias communautaires les plus consommés par les personnes originaires d'Afrique subsaharienne : télévision, radios, presse...

L'essentiel des actions a visé soit à renforcer le niveau de connaissance sur la maladie en privilégiant l'approche pédagogique (question/réponse, feuillets radio...) soit à renforcer les comportements préventifs en jouant sur la répétition des messages (publicité radio, campagne presse...). La place importante donnée au dispositif audiovisuel permet de s'adresser en priorité aux personnes ayant un faible niveau d'instruction ou des difficultés d'accès à la lecture.

3. le développement et la mise à disposition de brochures, outils et supports « spécifiques étrangers/migrants »

Trois types de réalisations peuvent être distingués :

Celles s'adressant directement aux populations étrangères/ migrantes :

- « Livret de santé bilingue » traduit en 22 langues, destiné aux personnes migrantes/étrangères en situation précaire remis par le professionnel de santé/ social pour faciliter le dialogue,
- brochure d'information bilingue « Vaincre le sida »,
- roman photo « la menace »,
- modes d'emploi des préservatifs disponibles en plusieurs langues,
- affiches : « Les femmes préfèrent les hommes qui savent se protéger », « sida le seul moyen de savoir, c'est de faire le test », « Bravo, vous faites désormais partie des gens qui n'ont pas peur d'approcher une personne séropositive », etc.

Celles à destination des acteurs de terrain, en vue de soutenir les actions d'éducation pour la santé qu'ils mènent auprès de ces populations :

- courts-métrages « Moussa le Taximan », groupes de paroles africains, etc.

Celles à destination des professionnels de la santé et du social :

- collection « Repères pour votre pratique »,
- « Le guide de prise en charge médico-psycho-sociale des migrants/ étrangers en situation précaire », ou guide Comede 2007 qui est un outil d'aide à la prise en charge.

Les différents outils d'éducation à la santé sont disponibles sur simple demande par courrier à l'INPES (42, boulevard de la Libération, 93203 Saint-Denis Cedex) par fax au 01 49 33 23 91, ou téléchargeables sur le site www.inpes.sante.fr.