



Centre Population
et Développement

MIGRANTS ET VIH : VULNÉRABILITÉS ET PRÉVENTION

Séverine Carillon

COREVIH Ouest, 13 février 2017.
VIH, prévention combinée et vulnérabilité

PLAN ET OBJECTIFS DE LA PRÉSENTATION

1. Migrants et risque d'infection par le VIH
 - › Mettre en évidence la **vulnérabilité sociale des migrants** originaire d'Afrique Subsaharienne face au VIH
 - » Etude Parcours
2. Accès des migrants à la PrEP
 - › Identifier les **freins à l'accès des migrants à la PrEP**
 - » Etude dans la suite de Parcours

L'ÉTUDE PARCOURS

- » Une étude auprès des **migrants subsahariens en France**, particulièrement touchés par le **VIH** et **l'hépatite B**
- » Pour comprendre dans ce groupe de population ce qui peut :
 - › **augmenter les risques d'infection** par le VIH/sida et le virus de l'hépatite B
 - › **retarder l'arrivée dans le système de soins**
 - › **compliquer la vie avec l'infection**
- » Avec une approche biographique : prendre en compte **l'ensemble de la trajectoire** de la personne pour comprendre ses besoins/contraintes/choix

UN PARTENARIAT RECHERCHE-ASSOCIATIONS

- Equipes de recherche:
 - ✓ CEPED , UMR IRD-UPD
 - ✓ INSERM U 1018, IPLESP
 - ✓ INPES
- Associations:
 - ✓ COMEDE (Comité médical pour les exilés)
 - ✓ RAAC-Sida (Réseau des associations africaines et caribéennes)
- Support méthodologique et expertise :
 - ✓ InVS
 - ✓ INED, Service des enquêtes
 - ✓ Hopital Cochin, service hépatologie
 - ✓ Médecine Générale Paris Diderot
- 4 services hospitaliers, PASS et centres de santé en Ile de France
- Financement : ANRS et DGS

UNE ÉTUDE ACTUELLEMENT DANS CE CENTRE DE SANTÉ

PARCOURS

PARCOURS DE VIE, VIH/SIDA
ET HÉPATITE B CHEZ LES MIGRANTS
ORIGINAIRES D'AFRIQUE SUBSAHARIENNE
VIVANT EN ILE-DE-FRANCE

POUR AMÉLIORER

↓

PRÉVENTION

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

↙

↓

LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

QUE NOUS VIVIONS OU NON AVEC LE VIH/SIDA OU L'HÉPATITE B,
L'ÉTUDE PARCOURS NOUS CONCERNE **TOUTES ET TOUS**

PARTICIPONS !

ÉTUDE **ANONYME ET CONFIDENTIELLE**
www.parcours-sante-migration.com

anRS CEPED COMEDE AIDES INSERM HEPATITES FORUM

L'ÉTUDE PARCOURS

- ❑ 2468 personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne et vivant en Ile-de-France enquêtées en 2012-2013 dans 74 structures de santé
- ❑ **3 groupes d'étude:**
 - ❑ VIH,
 - ❑ Hépatite B chronique,
 - ❑ Médecine générale
- ❑ Un **questionnaire biographique** (histoire résidentielle, professionnelle, conjugale et familiale, trajectoire de santé etc...) couplé à un **questionnaire médical**

ANNÉES	AGES	1 - HISTORIQUE RESIDENTIEL	
		1.1 PAYS	Logement en France
			1.3 Nature du logement
1 - c'était votre propre logement 2 - vous étiez hébergé par votre famille 3 - vous étiez hébergé par d'autre personne de votre entourage 4 - autre à préciser			
2012			
2011			
2010			
2009		Logement	
2008		personnel	
2007			
2006			
2005			
2004			
2003			
2002			
2001			
2000	29		Arrivée en France
1999	28		
1998	27	Hébergé	
1997			
1996			
1995			
1994			

UNE LONGUE PRÉCARITÉ À L'ARRIVÉE EN FRANCE

» Les trajectoires d'installation

- › Logement
- › Titres de séjour
- › Activité

Au bout de **6 ans**, seulement la moitié des femmes sont installées
Au bout de **7 ans**, seulement la moitié des hommes sont installés

» Ne dépend pas du profil des personnes mais du contexte social et économique

PROPORTION DES PERSONNES INFECTÉES EN FRANCE

- » **Entre 35%** (hypothèse stricte) **et 49%** (hypothèse médiane) des personnes migrantes vivant avec le VIH en France **ont été infectées après l'arrivée en France**
- » Des résultats concordants au niveau international
 - › Grande Bretagne: 31% (Rice et al.)
 - › Etats-Unis: 26% (Kerani et al. 2016)
- » Des besoins de prévention

QU'EST CE QUI FAIT QU'ON S'INFECTE EN FRANCE?

Indicateurs de partenariats sexuels à risque chaque année en France

- Relations courtes ou occasionnelles (moins d'un an)
- Relations transactionnelles (en échange de logement, ressources...)
- Relations avec des prostitué(e)s
- Relations concomitantes

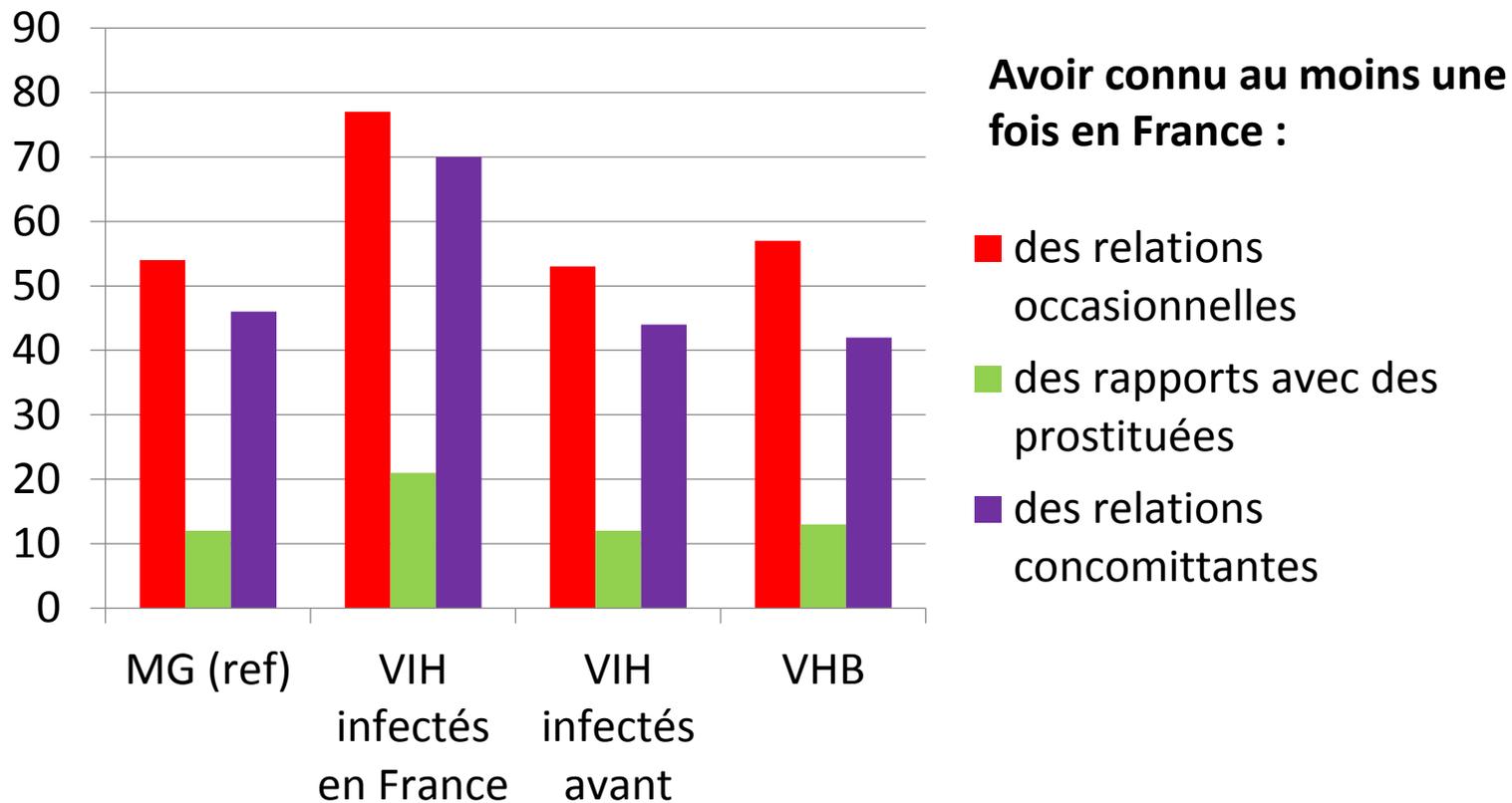


Conditions de vie cette année là

- Situation de logement
- Titres de séjour
- Ressources financières

En prenant en compte les caractéristiques socio démographiques et l'histoire migratoire

RELATIONS POTENTIELLEMENT A RISQUE - HOMMES



CE QUI AUGMENTE LA PROBABILITE DES PARTENARIATS « À RISQUE » CHEZ LES HOMMES

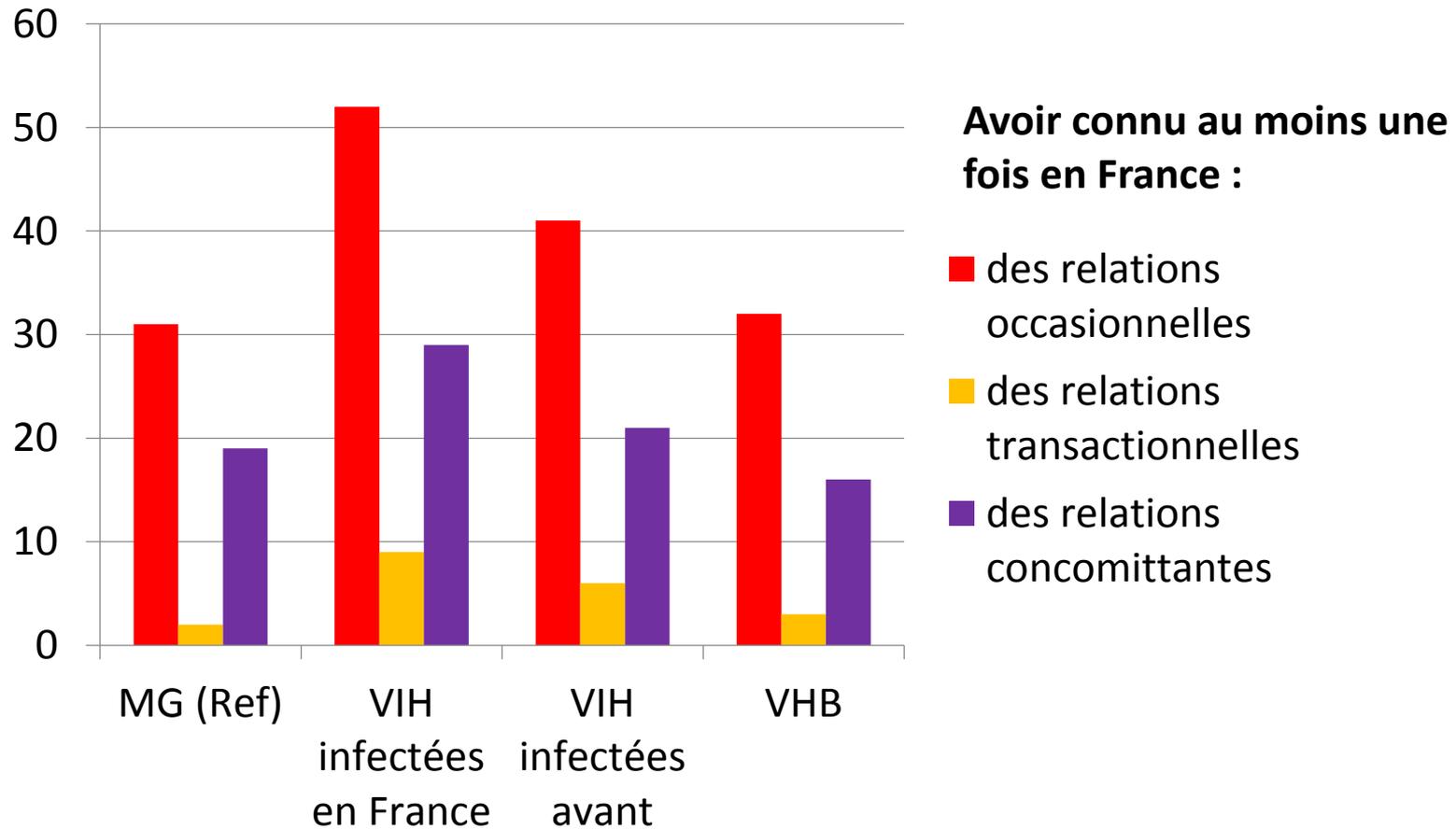
» Relations courtes:

- › Ne pas avoir de titre de séjour ou un titre court
- › Vivre dans un foyer ou hébergé, pas de logement stable
- › Plus de relations courtes dans le groupe infecté en France

» Relations concomitantes:

- › Avoir un titre de séjour long
- › Plus de relations concomitantes dans le groupe infecté en France

RELATIONS POTENTIELLEMENT À RISQUE SELON LE GROUPE D'ÉTUDE - FEMMES



CE QUI AUGMENTE LA PROBABILITE DES PARTENARIATS « À RISQUE » CHEZ LES FEMMES

» **Relations courtes:**

- › Pas de titre de séjour
- › Être hébergée, pas de logement stable
- › Être venue en raison de menaces dans son pays

» **Relations transactionnelles:**

- › Pas de titre de séjour
- › Pas de logement stable
- › Être venue en raison de menaces dans son pays

Plus de relations courtes et transactionnelles dans le groupe infecté en France

CONCLUSION

- » Les personnes qui ont contracté le VIH en France ont plus souvent connu des situations sexuelles à risque en France
- » Ces situations à risque sont plus fréquentes au cours des années sans logement personnel stable, sans titre de séjour
- » Les femmes sont particulièrement vulnérables en l'absence de logement, surtout celles qui sont arrivées en France pour fuir une menace dans leur pays.
- » **La précarité vécue lors des premières années de vie en France, fréquente chez les migrants d'Afrique subsaharienne, peut donc être considérée comme un facteur indirect de l'infection VIH.**

UN BESOIN DE PRÉVENTION

- » Une population particulièrement à risque d'infection
- » La nécessité de **renforcer la prévention** auprès des migrants d'Afrique sub-saharienne.
 - » La PrEP : un outil pour une prévention combinée adéquate pour les migrants ?

CONTEXTE

- » Les personnes qui bénéficient de la PrEP en France :
 - › 97 % sont des HSH (ANSM, 2017)
 - › La majorité a une prise en charge médicale via l'assurance maladie
- » Une méconnaissance de la PrEP chez les migrants mais une acceptabilité à priori (Hadj, 2017)
- » Peu, voire pas de migrants dans les consultations PrEP.

OBJECTIFS

- » Identifier les freins à l'accès des migrants à la PrEP
- » Mettre en évidence :
 - › **les pratiques** de sensibilisation, d'orientation et de prescription de la PrEP en milieu associatif et hospitalier ;
 - › **les discours** autour de la PrEP (représentations et opinions) parmi les soignants, acteurs associatifs, et migrants ;
 - › **l'expérience** que les personnes impliquées font de la PrEP.

MÉTHODE

» Entretiens semi-directifs

- › Acteur institutionnel
- › Professionnels de santé
- › Travailleurs sociaux
- › Responsables associatifs, accompagnateurs PrEP,
- › Migrants ayant été sensibilisés ou orientés vers la PrEP

» Observations

- › Consultations PrEP ou prévention diversifiée
- › Activité de dépistage VIH et IST hors les murs
- › Séance de sensibilisation à la prévention
- › Participation aux Groupes de Travail

ETAT DES LIEUX

- » Un foisonnement d'initiatives...
 - › Consultations de prévention diversifiée en milieu hospitalier
 - › Groupes de travail
 - › Des messages diffusés dans les associations de migrants : supports papiers
 - › Un accès élargi à la PrEP via les CEGIDD
 - › Projet de PrEP hors les murs
- » ... qui se heurte à des difficultés au niveau de l'offre et de la demande de PrEP

LA DIFFICULTÉ D'ACCÉDER AUX POPULATIONS

- » Question de définition de la population
 - › Quel.le.s sont les migrant.e.s ciblés ?
- » Des soignant.e. s en quête d'usagers
 - › Les CEGIDD comme porte d'entrée dans la PrEP
 - › Des partenariats services hospitaliers / associations
- » Des associations sur-sollicitées pour identifier et orienter des « potentiels candidats » à la PrEP
 - › Difficulté de s'approprier les message et l'outil
 - › Du TROD à la consultation PrEP : un parcours à élaborer
 - › Adapter les individus à l'offre ou l'offre aux individus ?

➔ Une démarche inversée ?

DIVERSITÉ DES PUBLICS, DIVERSITÉ DES BESOINS

HSH

- » La PrEP : porte d'entrée dans les soins
- » Un accompagnement communautaire spécifique :
 - › VIH et sexualités
 - › Usages de drogues
 - › ...
- » Consultation PrEP

Populations migrantes

- » Contraception et IST comme porte d'entrée
- » De longs parcours de soins préalables à la PrEP
- » Des consultations de plus longues durée
- » Accès aux droits fondamentaux
- » Besoin de consultation de santé sexuelle et non spécifiquement PrEP

➔ **Nécessaire diversification de l'offre**

DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATIONS

- » Le manque d'éléments de langage
 - › Comment présenter la PrEP ? Comment la justifier ?
 - › Besoin parce que vulnérabilité sociale et non seulement sexuelle
 - › Tension entre prévention et précarité
- » Outils de communication peu adaptés
 - › Centrés sur les HSH
 - › Peu diffusés
- » Difficulté de parler de la PrEP
 - › La *violence* d'une proposition de PrEP quand le besoin des individus est avant tout social et économique
 - › Les difficultés *éthiques* d'une proposition quand les personnes infectées dans les pays d'origine n'ont pas accès aux traitements

➔ **Nécessaire adaptation des outils de communication et des éléments de langage**

CONCLUSION

- » Une offre de PrEP calquée sur le modèle de soin et d'accompagnement des publics HSH...
- » ... Ne prenant pas en compte :
 - › les parcours migratoires
 - › les besoins spécifiques : accès aux droits fondamentaux...
 - › le rapport aux médicaments
 - › le bouleversement du rapport à la prévention et aux soins
 - › la médicalisation de la sexualité
 - › le rapport à la sexualité (sexualité subie, vs choisie)
 - › la vulnérabilité des migrants (économiques puis sexuelles)

➔ **Une offre de soin peu adéquate**

CONCLUSION

- » La diversification des publics nécessite une diversification de l'offre de soin et d'accompagnement
- » L'offre de PrEP associée à une offre de services globale qui prenne en compte les besoins sociaux et de santé de la personne , les violences, etc.

MERCI DE VOTRE ATTENTION!



Tous les résultats de Parcours sont en ligne

www.parcours-sante-migration.com

ETUDE PARCOURS : PUBLICATIONS

Parcours

Parcours de vie et santé des
Africains immigrés en France



Sous la direction de Annabel Desgrées du Loû
France Lert

La Découverte
Recherches

OPEN

Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France

Annabel Desgrées-du-Loû^{a,b}, Julie Pannetier^b, Andrainolo Ravalihasy^b,
Mireille Le Guen^{b,c}, Anne Gosselin^b, Henri Panjo^c, Nathalie Bajos^c,
Nathalie Lydie^d, France Lert^e, Rosemary Dray-Spira^e,
the PARCOURS Study Group

Objectives: In Europe, sub-Saharan African migrants are a key population for HIV infection. We analyse how social hardships during settlement in France shape sexual partnerships and HIV risk.

Design: PARCOURS is a life-event survey conducted in 2012–2013 in 74 health-care facilities in the Paris region, among three groups of sub-Saharan migrants: 926 in HIV care (296 acquired HIV in France), 779 with chronic hepatitis B, and 7 neither HIV nor hepatitis B (reference group).

Methods: Hardships (lack of residence permit, economic resources and housing) were documented for each year since arrival in France. Life-event and concurrent partnerships were compared by group and their associated hardships each year analysed with mixed-effects logistic regression models.

Results: Hardships were frequent: more than 40% had lived a year or longer without a residence permit, and more than 20% without stable housing. Most of the migrants had nonstable and concurrent partnerships, more frequent among those who acquired HIV in France compared with reference group, as were casual partnerships among men (76.7 vs. 54.2%; $P=0.004$) and women (52.4 vs. 30.5%; $P=0.02$), concurrent partnerships among men (69.9 vs. 45.8%; $P=0.02$), and transactional partnerships among women (8.6 vs. 2.3%; $P=0.006$). Hardship increased risky behaviours: in lacking a residence permit increased casual and transactional partnerships (prevalence ratio (OR) = 2.01 [1.48–2.72] and OR = 6.27 [2.25–17.44]). Same trends were seen for lacking stable housing (OR = 3.71 [2.75–5.00] and OR = 10.58 [4.68–23.1]).

Conclusion: Hardships faced by migrants increase HIV risk. Women, as during the period without stable housing, appear especially vulnerable.

Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.

AIDS 2016, 30:645–656

Keywords: African migrants, France, hardship, hepatitis B, HIV acquisition, sexual risk

^aIRD, ^bCEPED, UMR 196 Université Paris Descartes-IRD, Sorbonne Paris Cité, Paris, ^cINSERM, CESP Saint-Denis, and ^dSorbonne Université, UPMC Univ Paris 06, Inserm, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie (IPLEP UMR5 1136), Paris, France.

Correspondence to: Annabel Desgrées-du-Loû, PhD, IRD, CEPED, 19 rue Jacob, 75006 Paris, France. Tel: +00 33 1 78 94 98 74; fax: +00 33 1 78 94 98 79; email: annabel.desgrées@ird.fr

Received: 30 June 2015; revised: 12 October 2015; accepted: 21 October 2015.

DOI:10.1097/QAD.000000000000057

ISSN 0269-9727 Copyright © 2016 Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. The work cannot be changed in any way or used commercially.

Volume 533
#2016

Population & Sociétés

English
Version

Migrants subsahariens : combien de temps
leur faut-il pour s'installer en France ?

par Anne Gosselin^{a,b}, Annabel Desgrées du Loû^a, Eva Letellier^a, France Lert^a,
Rosemary Dray-Spira^{a,c}, Nathalie Lydie^a pour le groupe de l'enquête Parcours^d

Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013

A Desgrées-du-Loû^a, J Pannetier^a, A Ravalihasy^a, A Gosselin^a, V Superville^a, H Panjo^a, N Bajos^a, F Lert^a, N Lydie^a, R Dray-Spira^a, The Parcours Study Group^d

1. CEPED, UMR Institut de Recherche pour le Développement (IRD)-Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France
2. Sorbonne Universités, UPMC Univ Paris 06, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique (IPLEP UMR5 1136), 75003 Paris, France
3. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), CESP-U 1018, Villejuif, France
4. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Saint-Denis, France
5. www.parcours-sante-migration.com

Correspondence: Annabel Desgrées-du-Loû (annabel.desgrées@ird.fr)

Citation style for this article:
Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Superville V, Panjo H, Bajos N, Lert F, Lydie N, Dray-Spira R, The Parcours Study Group. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. Euro Surveill. 2015;20(4):2015-20662. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/j.euro.2015.05.004

Article submitted on 13 February 2015 / accepted on 07 October 2015 / published on 19 November 2015

We estimated the proportion of migrants from sub-Saharan Africa who acquired human immunodeficiency virus (HIV) while living in France. Life-event and clinical information was collected in 2012 and 2013 from a random sample of HIV-infected outpatients born in sub-Saharan Africa and living in the Paris region. We assumed HIV infection in France if at least one of the following was fulfilled: (i) HIV diagnosis at least 11 years after arrival in France, (ii) at least one negative HIV test in France, (iii) sexual debut after arrival in France. Otherwise, time of HIV infection was based on statistical modelling of first CD4⁺ T-cell count; infection in France was assumed if more than 50% (median scenario) or more than 95% (conservative scenario) of modelled infection times occurred after migration. We estimated that 49% of 898 HIV-infected adults born in sub-Saharan Africa (95% confidence interval (CI): 45–53) in the median and 35% (95% CI: 31–39) in the conservative scenario acquired HIV while living in France. This proportion was higher in men than women (44% (95% CI: 37–50) vs 30% (95% CI: 25–35); conservative scenario) and increased with length of stay in France. These high proportions highlight the need for improved HIV policies targeting migrants.

Introduction

In France, as in most countries in Western Europe, migrants from sub-Saharan Africa are disproportionately affected by the human immunodeficiency virus

Among people from sub-Saharan Africa, the number of new diagnoses has decreased in France since 2003, although incidence remains 29 times higher in men and 69 times higher in women compared with French-national heterosexuals [6].

Most people do not know where and when they acquired HIV. Among migrants, HIV acquisition has long been considered to predominantly occur before migration because of generalised HIV epidemics in sub-Saharan African countries [7]. However, evidence from various European countries in the past decade suggests that a substantial proportion of migrants from sub-Saharan Africa acquired HIV while they were living in Europe [8]. In the United Kingdom (UK), this proportion was recently estimated at 31% using a modelling approach based on CD4⁺ T-cell counts [9].

Such an estimate is not currently available for most European countries, although it is crucial to guide public health monitoring and allocation of resources for prevention. Indeed, if HIV is acquired after migration, resources should be allocated not only to improve timely HIV diagnosis but also to prevent the spread of HIV among migrants.

In this study, in order to guide HIV policies for migrants in France, we estimated the proportion of sub-Saharan migrants who acquired HIV infection after their arrival