

Les immigrés, en particulier ceux venus d'Afrique subsaharienne, représentent une part importante des personnes vivant avec le VIH en France. Cela est dû en partie au contexte épidémiologique des pays d'origine, l'Afrique subsaharienne étant le continent le plus touché au monde par l'épidémie. Mais une partie des contaminations surviennent aussi en France, après la migration, ce qui signe une vulnérabilité spécifique dans ce groupe par rapport au risque d'infection VIH. Chez les immigrés, des diagnostics VIH parfois tardifs, des situations de précarité peuvent minorer le succès des traitements. Prévenir et prendre en charge le VIH/Sida le plus tôt possible chez les personnes étrangères qui arrivent en France est donc un impératif de santé publique, qui implique de mieux comprendre les difficultés sociales, administratives, économiques qu'elles peuvent rencontrer et qui augmentent les difficultés d'accès au dépistage et les prises de risque, difficultés qui compliquent la vie avec la maladie.

## Les immigrés face au VIH

Annabel Desgrées du Loû

Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Équipe Genre et Santé. CEPED (Centre Population Développement, UMR 196, Université Paris Descartes-INED-IRD), 19, rue Jacob, 75006 Paris, France. [annabel.desgrees@ird.fr](mailto:annabel.desgrees@ird.fr)

Les immigrés<sup>1</sup> représentent environ 8 % de la population en France [1]. Il s'agit d'un groupe particulièrement exposé à certains problèmes de santé du fait des fragilisations sociales et économiques qui peuvent accompagner la migration, et des contextes épidémiologiques de certains pays d'origine. L'épidémie de VIH/Sida, par exemple, avec un taux d'incidence<sup>2</sup> 9 fois plus élevé chez les personnes de nationalité étrangère que chez les Français [2], touche particulièrement les immigrés, mais de façon variable selon leur origine géographique.

1. Personne née à l'étranger, de nationalité non française à la naissance.

2. L'incidence (ou le taux d'incidence) est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminée. Elle est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie.

### LES IMMIGRÉS DANS L'ÉPIDÉMIE DE L'INFECTION À VIH EN FRANCE

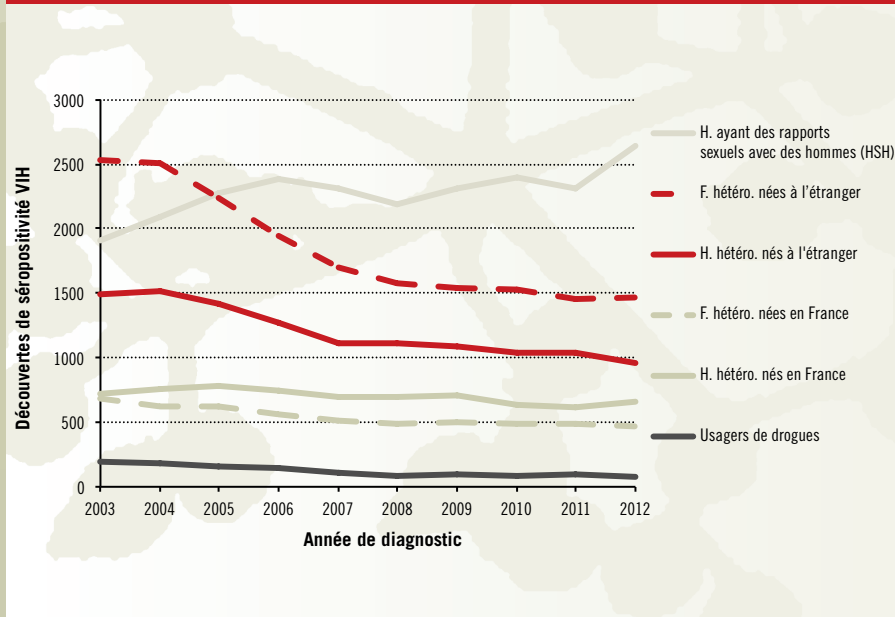
En 2012, près de la moitié des personnes ayant découvert en France leur séropositivité pour le VIH étaient nées à l'étranger (Tableau I). Cette proportion a diminué depuis une décennie, passant de 58 % en 2003 à 46 % en 2012, mais reste plus élevée que parmi les personnes hétérosexuelles nées en France et les usagers de drogues (Figure 1).

Ce sont les personnes qui viennent d'Afrique subsaharienne qui sont les plus touchées : en 2012, deux tiers des nouveaux diagnostics de VIH chez des personnes nées à l'étranger ont concerné

une personne née en Afrique subsaharienne (principalement Congo Brazzaville, Guinée, République Démocratique du Congo et Mali), 8 % une personne née en Europe (hors France), 15 % une personne née en Amérique. La part des immigrés est particulièrement forte chez les femmes : trois femmes sur quatre nouvellement diagnostiquées VIH en 2012 sont nées ailleurs qu'en France, et 61 % sont nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (Tableau I).

L'enquête ANRS-VESPA, enquête nationale représentative auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies à l'hôpital, a permis de montrer que la part des immigrés d'Afrique subsaharienne dans l'ensemble de la population

**Figure 1.** Découvertes de séropositivité VIH en France par mode de contamination, sexe, lieu de naissance et année de diagnostic (Source : Institut de veille sanitaire, données de la déclaration obligatoire [DO] du VIH au 31 décembre 2012 corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) [13].



des PVVIH en France métropolitaine a doublé entre 2003 et 2011, passant de 11,5% à 23,7% [3]. Cette situation reflète bien évidemment la situation de l'épidémie au niveau mondial : le continent africain est la région du monde la plus touchée. Le niveau de prévalence<sup>3</sup> est autour de 5% sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les femmes y étant plus touchées que les hommes, alors qu'au niveau mondial la prévalence globale est estimée à 0,8%, et en France à 0,4% [4]. Cependant, l'analyse des souches virales montre qu'une partie des contaminations dans la population immigrée originaire d'Afrique se sont produites en France et non dans le pays d'origine : une personne sur quatre a en effet un sous-type du virus (VIH-1 de sous-type B) qui est quasi absent sur le continent africain et majoritaire en France et en Europe de l'Ouest [5].

Ainsi le poids de l'épidémie dans la population immigrée en France, et particulièrement dans la population originaire d'Afrique subsaharienne, est dû en partie à la gravité de l'épidémie dans les pays d'origine de ces migrants, mais aussi à

des phénomènes de transmission et de contamination en France. Il est donc nécessaire d'être attentif à une probable vulnérabilité particulière des immigrés par rapport à cette épidémie, due à la fois aux contextes socio-culturels d'origine, aux parcours migratoires et aux conditions de vie socio-économiques en France. Les raisons de cette vulnérabilité sont diverses, et pas toujours bien connues. L'enquête de 2005 sur les connaissances et attitudes des populations africaines d'Île-de-France face au VIH/Sida a montré une organisation de la sexualité qui peut être propice à la diffusion du virus [6] : au cours des douze mois précédant l'enquête, 30% des hommes et 11% des femmes interrogés avaient eu plusieurs partenaires sexuels, et pour trois quarts

des hommes il s'agissait de partenaires simultanées, 49% ne protégeant pas leurs rapports de façon systématique. Le préservatif continue à pâtir d'une mauvaise image dans cette population, de la même façon qu'en Afrique : il est en particulier associé à l'idée de relations passagères, et donc antinomique avec une relation sexuelle et affective durable. Parallèlement, les partenaires sexuels sont plus souvent choisis à l'intérieur du groupe des migrants africains, qu'ils soient ou non du même pays de naissance, ce qui favorise sans doute la propagation du virus dans ce groupe [7]. Chez les femmes, les rapports de genre inégalitaires qui structurent l'activité sexuelle rendent difficiles les négociations en matière de sexualité et de prévention. La migration peut affaiblir la domination masculine, avec l'arrivée dans un pays où les rapports de genre sont plus égalitaires. Elle peut aussi la renforcer : l'isolement relatif dans un pays étranger, en situation de précarité sociale et économique, loin de la parenté, peut augmenter les tensions entre hommes et femmes, tensions qui en outre ne sont plus aplanies par les autres membres de la famille élargie ou les pairs.

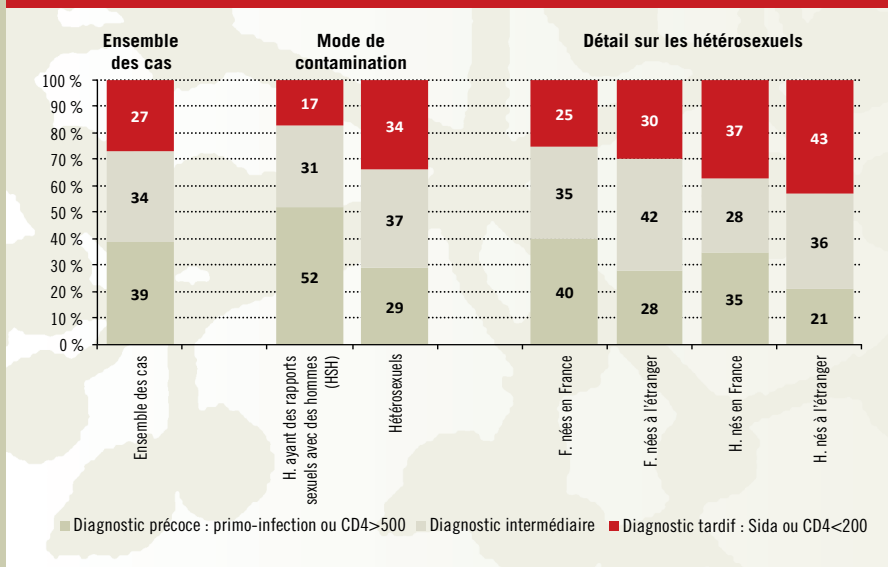
Pour tous, hommes et femmes, le fait même d'être un migrant induit un changement des repères et des réseaux et une instabilité économique, résidentielle et conjugale qui peuvent faciliter la prise de risque au cours des relations sexuelles. En 2005, les femmes qui ne disposaient pas d'un revenu personnel avaient une probabilité deux fois plus importante d'avoir plusieurs partenaires simultanés que les femmes qui disposaient d'un revenu personnel.

**Tableau I.** Découvertes de séropositivité VIH en France en 2012 par sexe et lieu de naissance (Source : Institut de veille sanitaire, données de la déclaration obligatoire [DO] du VIH au 31 décembre 2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) [13].

		France	Afrique subsaharienne	Europe (hors France)	Amérique	Autres
Hommes	N	2 955	762	196	266	213
	%	67	17	4	6	5
Femmes	N	485	1 214	48	162	71
	%	24	61	2	8	4
Ensemble	N	3 440	1 976	244	428	284
	%	54	31	4	7	4

3. Prévalence : la prévalence est calculée en rapportant à la population totale le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population. Elle s'exprime généralement en pourcentage.

**Figure 2. Découvertes de séropositivité VIH en France en 2012 selon le caractère précoce ou tardif du diagnostic (Source : Institut de veille sanitaire, données de la déclaration obligatoire [DO] du VIH au 31 décembre 2012 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes) [13].**



## DIAGNOSTIC ET VIE AVEC LE VIH

En ce qui concerne l'accès au dépistage, les résultats sont contrastés. Le diagnostic chez les personnes nées à l'étranger intervient à un stade plus avancé dans l'infection que chez les personnes de nationalité française. Pour les immigrés comme pour les personnes nées en France, les hommes hétérosexuels sont plus souvent diagnostiqués tardivement (au stade Sida ou à moins de 200 lymphocytes CD4/mm<sup>3</sup>) que les femmes, qui sont notamment dépistées lors des grossesses. Mais pour chaque sexe les personnes nées à l'étranger sont plus souvent diagnostiquées tardivement que celles nées en France (Figure 2).

Ce dépistage tardif est préjudiciable à la bonne prise en charge de la maladie et ses raisons restent mal connues. Dans le cas des étrangers en situation irrégulière, cela peut provenir de leur crainte à se rendre dans des centres de dépistage par peur d'être repérés par les services publics. Les personnes en situation administrative précaire sont celles qui connaissent le moins bien les consultations de dépistage anonyme et gratuit. Parmi les raisons avancées en 2005 pour expliquer n'avoir jamais fait de test, revient « la peur d'être expulsé si le test est positif » rapportée par 16 % des personnes interrogées [6].

Cependant, le délai parfois très court entre l'arrivée sur le sol français et le diagnostic chez les immigrés africains

vivant avec le VIH suggère que pour une partie d'entre eux le problème réside moins dans un dépistage tardif en France que dans l'absence de dépistage et de prise en charge dans le pays d'origine. Dans l'enquête VESPA 2011, la durée médiane entre l'arrivée en France et le diagnostic n'est en effet que de deux ans pour les hommes et un an pour les femmes [3]. La situation est en fait différente entre les immigrés africains et les autres. Une fois en France, les Africains semblent avoir un bon accès au dépistage : en 2005, 65 % d'entre eux avaient déjà réalisé au moins un test de dépistage du VIH, et 34 % avaient été dépistés plusieurs fois [6]. Ceci est sans doute moins vrai chez les migrants originaires d'autres zones géographiques, comme l'Asie ou l'Afrique du Nord notamment [8].

Les situations de précarité chez les immigrés vivant avec le VIH sont fréquentes : la moitié ont des cartes de séjour temporaires, à renouveler tous les ans, et un sur dix est en cours de régularisation ou sans papier. Le taux de chômage est élevé (un quart des hommes et des femmes), et 49 % des hommes et 56 % des femmes déclarent des difficultés financières. Près d'une personne sur cinq n'a pas de logement personnel [9].

4. Il s'agit ici du traitement antirétroviral par trithérapies. Dans le cas du traitement prophylactique donné aux femmes enceintes séropositives pour éviter la transmission du VIH à l'enfant, on n'a pas plus d'échec de traitement chez les femmes africaines. Celles-ci sont plus souvent dépistées pour la première fois au cours de leur grossesse que les femmes originaires de France métropolitaine et ce dépistage survient plus tardivement au cours de la grossesse. En revanche, une fois le dépistage effectué, les stratégies et le succès de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont similaires dans les deux groupes [10].

Ces niveaux de précarité sont plus élevés que ceux mesurés dans la population générale des Africains vivant en France. D'après l'enquête VESPA, la part des personnes traitées<sup>4</sup> est légèrement plus faible et la fréquence des échecs de traitement plus élevée parmi les migrants que dans les autres groupes de patients [3, 11]. Ces phénomènes pourraient être liés à ces niveaux élevés de précarité sociale et administrative.

Au-delà des conséquences de la migration elle-même, les difficultés de la vie avec le VIH parmi les migrants peuvent aussi provenir des remodelages sociaux et familiaux après le diagnostic, liés à la stigmatisation autour de la maladie. Parmi les personnes suivies pour leur VIH, les Africains déclarent plus souvent que les personnes nées en France vivre des situations d'isolement et des ruptures conjugales mais on ne dispose pas d'étude approfondie sur cette question. La vie avec le VIH quand on est immigré peut donc s'accompagner de situations de précarité ou d'isolement social, qui diffèrent cependant selon l'ancienneté de l'installation en France au moment du diagnostic. Peu d'études sur ce sujet sont encore disponibles, mais on peut distinguer chez les immigrés vivant avec le VIH des profils très différents, entre les personnes arrivées plusieurs années auparavant, bénéficiant d'un logement, de revenus et d'une couverture sociale, et des migrants arrivés récemment, plus souvent en situation irrégulière, en logement précaire, sans activité professionnelle voire sans protection sociale [12].

## IMMIGRÉS ET VIH : DE L'INVISIBILITÉ À LA PRIORITÉ

La question du VIH chez les immigrés a longtemps été tue en France, bien que l'épidémie ait concerné (aussi) ces migrants dès les premiers cas diagnostiqués en France. La raison en était le respect du modèle français de citoyenneté, porté par un appareil de statistique publique traditionnellement réticent à

publier des analyses prenant en compte l'origine des individus. Cependant, à la fin des années 1990, l'augmentation du nombre de cas de Sida chez les étrangers conduit le Réseau National de Santé Publique (ex-InVS) à présenter les données de surveillance de l'épidémie par nationalité. Devant la convergence des indicateurs soulignant les risques spécifiques que rencontrent les immigrés africains, le Plan national de lutte contre le Sida de 2001 considère les immigrés comme une population prioritaire, et un programme spécifique de lutte contre le VIH/Sida en direction des migrants/étrangers est développé à partir de 2004 : programmes de prévention ciblés, campagnes de communication pour promouvoir l'utilisation du préservatif, inciter au dépistage, lutter contre la discrimination des personnes séropositives. On observe depuis 2003 une diminution du nombre de nouveaux diagnostics dans cette population. Cependant, la proportion d'immigrés infectés par des virus du sous-type B, qui signe des infections vraisemblablement survenues en France, reste importante, ce qui invite à poursuivre ces actions de prévention ciblées.

5. ANRS. *Sida, immigration et inégalités*. Paris : Éditions ANRS, 2002. [www.anrs.fr](http://www.anrs.fr)

6. Projet soutenu par l'ANRS et la DGS, responsables scientifiques : A. Desgrées du Loû, F. Lert, R. Dray-Spira, N. Bajos, N. Lydie. [www.parcours-sante-migration.com](http://www.parcours-sante-migration.com)

Depuis le début des années 2000, l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales suscite des recherches dans ce domaine<sup>5</sup>. Il reste aujourd'hui à mieux comprendre, au-delà des indicateurs transversaux, quand, comment et pourquoi les risques et difficultés rencontrés par les immigrés surviennent par rapport au calendrier de la migration. De cette réflexion est née l'enquête PARCOURS, pour « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez des migrants subsahariens vivant en Île-de-France », portée par plusieurs équipes de l'IRD, de l'Inserm et de l'Inpes<sup>6</sup>. Cette enquête menée en 2012 et 2013 auprès de 2 500 immigrés africains, dont 920 vivant avec le VIH, permettra de comprendre comment les facteurs sociaux, économiques, culturels, familiaux et conjugaux s'articulent avec le parcours de migration et modèlent la situation des immigrés face au VIH.

### REMERCIEMENTS

L'auteur remercie Rosemary Dray-Spira (Inserm), Florence Lot (InVS) et Nathalie Lydie (Inpes) qui ont contribué à cet article par leurs remarques et leurs suggestions.

### RÉFÉRENCES

- [1] Pison G. Le nombre et la part des immigrés dans la population : comparaisons internationales. *Populations et Sociétés*, INED, novembre 2010, n° 472.
- [2] Le Vu S, Le Strat Y, Barin F, Pillonel J, Cazein F, Bousquet V, et al. Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08 : a modelling analysis. *Lancet Infect Dis* 2010 ; 10 : 682-7.
- [3] Dray-Spira R, Wilson d'Almeida K, Aubrière C, et al. État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées. Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA 2. *Bull Épidémiol Hebd* 2013 ; 26-27 : 285-92.
- [4] ONUSIDA. *Rapport mondial : rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2012*. Genève : OMS, 2012.
- [5] Lucas E, Cazein F, Brunet S, et al. Types, groupes et sous-types de VIH diagnostiqués depuis 2003 : données de huit années de surveillance. *Bull Épidémiol Hebd* 2012 ; 46-47 : 533-7.
- [6] Lydié N, Lamoureux P (dir.). *Les populations africaines d'Île-de-France face au VIH/Sida. Connaissances, attitudes, croyances et comportements*. Saint Denis : INPES, 2007.
- [7] Marsicano E, Lydié N, Bajos N. Migrants from over there or racial minority here? Sexual networks and prevention practices among sub-Saharan African migrants in France. *Cult Health Sex* 2013 ; 15 : 819-35.
- [8] Lot F, Antoine D, Pioche C, et al. Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B. *Bull Épidémiol Hebd* 2012 ; 2-3-4 : 25-30.
- [9] Lert F, Annequin M, Tron L, et al. Situation socio-économique des personnes vivant avec le VIH suivies à l'Hôpital en France métropolitaine en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-VESPA 2. *Bull Épidémiol Hebd* 2013 ; 26-27 : 293-9.
- [10] Jasseron C, Mandelbrot L, Tubiana R, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission : similar access for sub-Saharan African immigrants and for French women? *AIDS* 2008 ; 22 : 1503-11.
- [11] Dray-Spira R, Spire B, Heard I, et al. Heterogeneous response to HAART across a diverse population of people living with HIV : results from the ANRS-EN12-VESPA study. *AIDS* 2007 ; 21 (suppl) : S5-12.
- [12] Lot F, Larsen C, Valin N, et al. Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France, 2002. *Bull Épidémiol Hebd* 2004 ; 5 : 17-20.
- [13] Cazein F, Lot F, Pillonel J, Le Strat Y, Sommen C, Pinget R, et al. Découvertes de séropositivité VIH et de sida : France, 2003-2012. *Bull Épidémiol Hebd* 2014 (à paraître).

## PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 23 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Jean-Paul Moatti, professeur en économie de la santé.

Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé

- Politiques publiques et santé
- Interaction entre les déterminants de la santé

Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion

intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

### LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, ANSM, ANSES, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet : [www.iresp.net](http://www.iresp.net)

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : [www.iresp.net](http://www.iresp.net)