

Diplôme Intra Universitaire Santé des Migrants  
Université Paris 13  
UFR SMBH

Année universitaire 2017-2018

PROPHYLAXIE PRE EXPOSITION  
et MIGRANTS

Mai 2018

Dr Joëlle AUCLAIR-JULIEN

*Pr O. Bouchaud, Dr A. Desgrees du Lou, Dr S. Tessier, Dr N. Vignier*

***Je ne suis pas naïf. Je vois simplement les choses  
différemment. J.M. Le Clézio - Avril 2018***

*Remerciements aux acteurs des groupes de travail PrEP et migrants pour leur disponibilité lors des entretiens qu'ils m'ont accordés :*

*Dr Marie Ahouanto - CeGIDD BICHAT*

*Dr Anaenza Freire Maresca - CeGIDD Fernand Widal*

*Dr Abdon Goudjo - Association Ikambéré*

*Dr Frédéric Goyet - référent VIH - ARS Ile de France*

*Mme Nathalie Lydié - Santé Publique France*

*Dr Anne Simon - présidente SFLS*

*Dr Julie Timsit – CeGIDD Saint Louis*

*et Dr Nicolas Vignier pour son soutien et ses nombreux partages.*

## **SOMMAIRE**

### **I - INTRODUCTION : ENJEUX de la PrEP AUPRES DES MIGRANTS**

### **II- LA PrEP DANS LA STRATEGIE DE LA LUTTE CONTRE L'INFECTION VIH**

#### **1- APPROCHE DIVERSIFIEE**

#### **2- PREP**

1/ L'historique

2/ La prescription

3/ En pratique

4/ Les chiffres

### **III - PLACE DES MIGRANTS PARMIS LES POPULATIONS CIBLES**

#### **1- LA POPULATION IMMIGREE : 2 ème POPULATION TOUCHEE PAR L'INFECTION VIH**

#### **2- LES POPULATIONS MIGRANTES A HAUT RISQUE D'ACQUISITION DU VIH**

1/ Hommes ayant des relations avec les hommes

2/ Personnes transgenres

3/ Personnes en situation de prostitution

4/ Personnes hétérosexuelles : hommes et femmes en situation de vulnérabilité

### **IV- DISCUSSION**

#### **1- LES FREINS**

1/ De la part des populations éligibles

2/ De la part des soignants

#### **2- NECESSITE D'UNE STRATEGIE SPECIFIQUE**

#### **3- L'IMPACT DU DEPLOIEMENT DANS LE MONDE**

### **V- CONCLUSION**

## **I - INTRODUCTION : ENJEUX de la prophylaxie pré exposition (PrEP) auprès des migrants**

La PrEP est un nouvel outil dans la lutte contre l'infection VIH : elle s'adresse aux personnes séronégatives ayant un niveau de risque d'acquisition de l'infection VIH. Actuellement en France, elle est prescrite à 97% aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) or l'OMS a publié dès 2015 de nouvelles recommandations visant à proposer la PrEP à toutes les personnes les plus exposées au risque d'infection, ce qui peut inclure les personnes migrantes dont celles originaires d'Afrique subsaharienne.

La population immigrée est très touchée par l'infection VIH, en particulier la population d'Afrique SubSaharienne qui représente le 2<sup>ème</sup> groupe le plus touché après les HSH en France alors qu'elle ne représente que 0.5% de la population en France. Le terme « immigrés » désigne, selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration, une personne née étrangère à l'étranger et résidant en France, représentant 9.1% de la population française, parmi lesquelles certaines personnes sont naturalisées et d'autres sont étrangères ; le terme « migrant » n'a pas de définition juridiquement reconnue, il est souvent employé pour désigner les personnes arrivées récemment sur le territoire français.

La lutte contre le VIH dans cette population repose sur un accès facilité au dépistage dans la première période de l'immigration, permettant une prise en charge rapide de ceux qui arrivent infectés ; mais selon les résultats de l'étude PARCOURS ANRS, première en France à estimer la proportion de migrants subsahariens infectés après leur arrivée en France parmi ceux qui sont suivis pour le VIH, un tiers (en scénario conservateur) à la moitié (en scénario médian) des migrants d'Afrique subsaharienne suivis pour le VIH en France ont été infectés après être arrivés en France.

Ces niveaux élevés d'acquisition du VIH en France remettent en question le postulat d'une épidémie VIH chez les migrants africains vivant en Europe qui serait essentiellement importée d'Afrique. En conséquence, il apparaît nécessaire de mieux connaître les comportements et les risques sexuels des migrants d'Afrique subsaharienne après l'arrivée en France et leurs déterminants, pour mieux prendre en compte les besoins de cette population en termes de prévention, et renforcer les politiques de santé spécifiques et adaptées déjà en place.

Ce mémoire a pour objet de préciser la place de la PrEP auprès des migrants, et les stratégies à mettre en œuvre pour qu'elle soit proposée et accessible à ceux et celles pour lesquels elle serait pertinente.

## **II – LA PREP DANS LA STRATEGIE DE LUTTE CONTRE L'INFECTION VIH /SIDA**

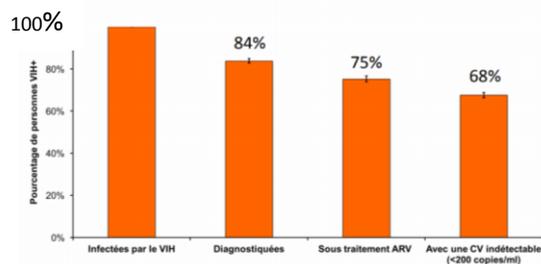
### **1 – LA PrEP : OUTIL DE PREVENTION**

En 2018, la lutte contre l'infection VIH s'appuie sur une approche diversifiée qui combine :

- **Le dépistage précoce** : L'enjeu est de dépister le plus tôt possible les personnes nouvellement contaminées : (6000 / an en France), ceci est essentiel car la période de primo-infection est hautement contaminante, responsable de 70% des contaminations.

Dans un objectif de fin de l'épidémie d'ici 2030, l'ONUSIDA a proposé la stratégie 90/90/90 qui consiste à améliorer chaque étape de la « cascade\* de la prise en charge ». La cascade en France telle que présentée lors du congrès SFLS en Octobre 2016, illustre la nécessité d'améliorer le dépistage afin de réduire l'épidémie cachée (les personnes ignorant leur séropositivité) et d'améliorer l'entrée et le maintien dans le soin.

## Cascade de la prise en charge en France en 2013\*



\* Résultats provisoires

\*Le terme de cascade est utilisé depuis quelques années pour caractériser au sein de la population des personnes vivant avec VIH la proportion de personnes diagnostiquées, puis celle sous traitement antirétroviral puis celle ayant une charge virale indétectable.

- L'accès au matériel de prévention : préservatifs et gels lubrifiants, outils les plus efficaces pour prévenir à la fois l'infection par VIH et les IST, qui restent recommandés pour les utilisateurs de PrEP, et matériel à usage unique lors de la consommation de drogues (kits d'injection, roule ta paille).

- L'accès aux soins et aux traitements antirétroviraux qui sont actuellement utilisés dans 3 situations différentes :

. Après des personnes vivant avec le VIH : c'est le « le traitement comme prévention » (TasP) pour paralyser la réplication virale, avec un double objectif : empêcher les dégâts immunitaires dans l'organisme infecté et limiter le risque de transmission de la mère à l'enfant et au partenaire.

. Après des personnes séronégatives :

\*Traitement post exposition TPE : à débiter dans les 48h après un risque sexuel ou sanguin pour une durée d'1 mois avec surveillance sérologique sur 4 mois.

\*Traitement préventif PrEP : à prendre avant la prise de risque sous la forme d'un comprimé associant deux molécules antirétrovirales.

- Le dépistage et le traitement des IST et les vaccinations contre le virus de l'hépatite B, l'hépatite A, le papillomavirus et le méningocoque C pour les HSH.

## 2- LA PROPHYLAXIE PRE EXPOSITION : PrEP

La PrEP est un traitement préventif qui s'adresse donc à des personnes séronégatives sous la forme d'un comprimé associant deux molécules anti rétrovirales à prendre au cours d'une période d'exposition à un risque de contamination.

Ce traitement est prescrit par un médecin spécialiste de l'infection VIH dans un service hospitalier spécialisé dans la prise en charge des PVVIH (Personne vivant avec le VIH), et/ou dans un CeGIDD (Centre Gratuit d'information, dépistage et diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et les hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles).

Sa prescription s'accompagne d'un suivi renforcé et individualisé et s'inscrit dans une approche de promotion de la Santé sexuelle.

Il est recommandé (HAS mars 2017) à tous les adultes exposés à un haut risque d'acquisition du VIH :

> HSH et personnes transgenres répondant à certains critères : relations anales non protégées avec au moins deux partenaires sur une période de six mois, ou ayant présenté plusieurs épisodes d'IST, ou ayant eu plusieurs recours à une prophylaxie antirétrovirale post-exposition dans l'année, ou ayant l'habitude de consommer des substances psychoactives lors des rapports sexuels.

## > Au cas par cas, à des personnes en situation à haut risque d'acquisition du VIH

- usager de drogues par voie intraveineuse (UDVI)
- personne en situation de prostitution exposée à des rapports sexuels non protégés
- personne en situation de vulnérabilité exposée à des rapports sexuels non protégés à haut risque de transmission du VIH (partenaires sexuels multiples, ou partenaire sexuel originaire d'un pays à haute prévalence, ou UDVI, ou avec un facteur physique aggravant le risque de transmission chez la personne exposée comme une ulcération génitale).

Ne sont par contre pas éligibles pour la PrEP, les personnes séronégatives ayant des relations homo- ou hétérosexuelles non protégées mais ne correspondant pas à une situation à haut risque de transmission du VIH ; celles ayant des relations sexuelles avec une personne séropositive sous traitement antirétroviral efficace avec une charge virale indétectable depuis au moins six mois ; celles exprimant un souhait de procréation naturelle dans un couple sérodiférent.

## 1/ L'historique

La prescription de Truvada® dans le cadre de la PrEP est envisagée dès 2012 : sur la base de plusieurs essais, la Food and Drug Administration a donné une extension d'autorisation de mise sur le marché à l'association tenofovir-emtricitabine dans cette indication en juillet 2012 aux Etats Unis.

La stratégie est recommandée par l'OMS depuis 2015 pour les populations où l'incidence de l'infection VIH est supérieure à 3% personnes /années.

En France, l'Agence Nationale de Sécurité du médicament (ANSM) a autorisé la prescription de Truvada® à titre préventif dans le cadre d'une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) en janvier 2016 avec une prise en charge à 100% par la sécurité Sociale ; puis en mars 2017, une autorisation de Mise sur le Marché (AMM) a permis à la PrEP d'intégrer le dispositif de droit commun.

Les résultats concluants des nombreux essais conduits dans le monde ont démontré l'intérêt de la mise en place d'une offre de PrEP intégrée à un dispositif complet d'accompagnement en santé sexuelle, pour les personnes les plus exposées au risque de contracter le VIH.

L'essai IPERGAY, conduit en France a montré une **réduction de 86% du risque de transmission** dans une population d'HSH à fort risque d'acquisition du VIH. Le nombre élevé de contaminations dans les bras placebo atteste des limites des moyens de prévention conventionnels, même renforcés dans le cadre d'un essai et l'importance de l'observance a été soulignée pour la réussite de cette stratégie de prévention.

Les grands essais de PrEP et la consolidation au cours du temps de leur efficacité

Etude	Date	Population	Antirétroviral	Modalités	Efficacité
Ipergay	2015	HSH	Truvada®	Prise à la demande	86%
Proud	2015	HSH	Truvada®	Prise quotidienne	86%
Partners PrEP	2012	Hétérosexuel(le)s en couple sérodiférent	Truvada®	Prise quotidienne	75%
TDF2	2012	Hétérosexuel(le)s	Truvada®	Prise quotidienne	62%
iPrEx	2010	HSH	Truvada®	Prise quotidienne	44%

© Crips Ile-de-France, février 2016

## 2/ La prescription :

L'absence d'infection par le VIH doit être confirmée avant la prescription d'une PrEP.

Deux modalités : la prescription d'une PrEP continue ou "à la demande"

> PrEP continue : prise quotidienne d'un comprimé de Truvada®

Chez les femmes, ce schéma continu est le seul utilisable car la diffusion des ARV est plus lente et leur concentration plus faible dans la muqueuse cervico-vaginale.

> PrEP discontinuée, "à la demande" : la prise de Truvada® encadre l'exposition au risque.

Le schéma se décompose comme suit : première prise de 2 comprimés en une fois de 24 à 2 heures avant les rapports sexuels ; deuxième prise de 1 comprimé 24 heures après la première prise ; troisième prise de 1 comprimé 24 heures après la deuxième prise. Si la période d'activité sexuelle se prolonge, il est nécessaire de prendre un comprimé par jour en terminant après le dernier rapport sexuel à risque par deux prises espacées de 24 heures.

La surveillance clinique et biologique trimestrielle vise à :

- ne pas méconnaître une infection VIH récente et à limiter les risques de résistance du VIH occasionnés par la poursuite d'une PrEP dans cette situation,
- dépister une éventuelle atteinte rénale car le Truvada® peut provoquer des troubles de la fonction rénale, rares et réversibles à l'arrêt du traitement,
- diagnostiquer et traiter les IST intercurrentes car la PrEP empêche l'acquisition du VIH mais pas celles des autres IST.
- Proposer le counselling, pour une aide à l'observance, et pour un point régulier sur les situations d'exposition au risque et les moyens de prévention complémentaires, à commencer par le préservatif. Les résultats favorables observés dans les essais Proud et Ipergay l'ont été dans le cadre de protocoles comportant un suivi et un counselling rapprochés qu'il est recommandé d'appliquer.

L'accompagnement est réalisé de façon complémentaire par les équipes de professionnels de santé (médecin, infirmier, psychologue, sexologue) et aussi par les associations communautaires sous la forme d'entretiens afin de permettre à la personne d'adapter sa stratégie de prévention au plus près de ses pratiques. Cet accompagnement a lieu sur place, au décours de l'entretien médical, dans les CeGIDD ou les services hospitaliers.

Le Conseil National du SIDA pour sa part insistait dès 2012 sur l'importance du temps d'information, d'écoute et d'accompagnement psychosocial pour garantir la démarche éclairée des personnes et soulignait que la qualité de l'adhésion au protocole de PrEP reposait sur la compréhension des personnes de l'intérêt, des limites et des contraintes de l'outil, et sur la réflexion sur les circonstances d'exposition au risque et sur les moyens de prévention mobilisables, dont la PrEP, pour y répondre.

### **3/ En pratique**

Prescrit dans le cadre d'une PrEP, le médicament est remboursé à 100% par la Sécurité sociale.

Par contre, les consultations et les examens biologiques sont remboursés au taux habituel, c'est-à-dire à 65 %, hors des CeGIDD où les prestations sont gratuites.

Le renouvellement peut être effectué par le médecin généraliste.

Il n'existe pour l'instant qu'une sorte de PrEP par prise orale de Truvada® mais des recherches et des essais utilisant d'autres antirétroviraux et d'autres modes d'administration sont en cours : gel vaginal ou rectal, film vaginal, anneau vaginal, injection trimestrielle d'une molécule à diffusion retardée.

### **4/ La PrEP en France**

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié les premiers chiffres disponibles d'utilisateurs de la PrEP en France : 5352 en France entre le 1er janvier 2016 et le 31 juillet 2017.

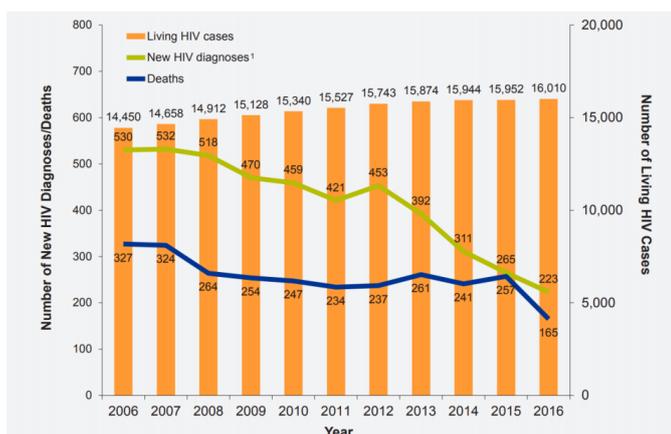
Deux ans après son arrivée officielle en France, on peut constater que le chiffre total de personnes sous PrEP reste modéré, voire insuffisant si l'on prend en compte l'estimation à 32 000 HSH très exposés au VIH, et ceci malgré l'augmentation constante des initiations de PrEP (entre 300 et 400 personnes chaque mois).

On constate que la quasi-totalité de ces initiations concerne des hommes HSH à 97.5% ; et que, malgré l'efficacité démontrée pour diminuer la contamination, il n'est pas noté d'impact sur la dynamique de l'épidémie, selon les premiers chiffres de 2016.

L'étude ARNS-PREVENIR, mise en place en mai 2017, a pour objectif d'évaluer le déploiement de la PrEP au sein d'une stratégie globale de prévention du VIH à l'échelle de l'Ile de France. 3000 volontaires séronégatifs à risque élevé d'infection VIH seront testés régulièrement ; l'essai étudiera l'impact de la mise en route immédiate du traitement en cas d'infection sur l'incidence de la maladie, et comparera les deux modalités de prise continue ou à la demande.

Pourtant, le recours à la PrEP dans une stratégie de prévention combinée auprès des populations les plus exposées est efficace comme le démontre l'expérience de San Francisco où les nouvelles contaminations ont chuté nettement depuis 2012...date d'introduction de la PrEP aux USA.

**New HIV diagnoses, deaths, and prevalence, 2006-2016, San Francisco**



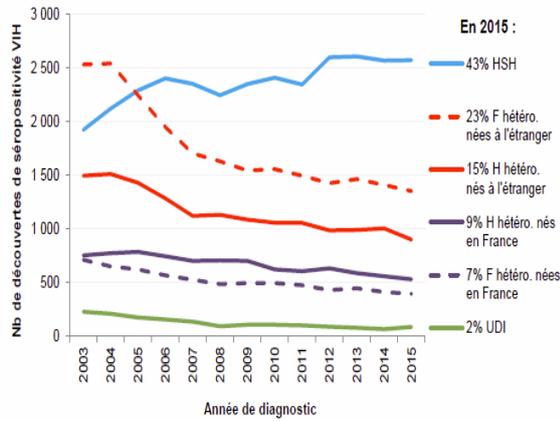
Et de la même façon, cette efficacité est fortement évoquée devant les résultats de l'étude DAT'AIDS qui a montré que sur les 118 cas d'infection récente ou de primo-infection VIH recensés en 2016 dans 15 centres en France, 91.5% des patients étaient éligibles à la PrEP, selon les critères retenus dans la RTU de Truvada®. Les HSH représentaient 83.3% et les autres situations étaient liées à la prostitution, la vulnérabilité, et les facteurs physiques augmentant le risque d'infection ; les antécédents IST étaient fréquents dans 45% des cas et pourraient constituer un signal d'alerte et une porte d'entrée dans la PrEP.

### **III -PLACE DES MIGRANTS PARMIS LES POPULATIONS CIBLES**

#### **1- LA POPULATION IMMIGREE EST LA 2EME POPULATION TOUCHEE PAR L'INFECTION VIH APRES HSH**

Dans le point épidémiologique de Santé publique France de mars 2017, portant sur les découvertes de Séropositivité VIH et SIDA en 2015 en France, il est noté que 52% des personnes ayant découvert leur infection VIH étaient nées en France et 31% en Afrique sub saharienne.

Les personnes contaminées par rapports hétérosexuels étaient nées majoritairement en Afrique Sub Saharienne (53%), étaient pour 60% d'entre elles des femmes, plus jeunes que les hommes, tandis que les personnes contaminées par rapports hétérosexuels nées en France avaient un profil différent avec une majorité d'hommes.



Les populations étrangères vivant en France sont trop longtemps restées absentes des programmes de recherche sur le sida et des politiques de prévention. Selon Nathalie Lydié de Santé Publique France, cette absence avait ses justifications : la crainte de voir stigmatisées ces populations ; le principe d'égalité républicaine qui reconnaît les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion ; et le fait que les populations issues de l'immigration soient longtemps restées dispersées et ne se soient que tardivement mobilisées sur cette question, à la différence d'autres communautés qui ont su s'organiser pour exprimer leurs attentes et défendre leurs droits dans l'espace public.

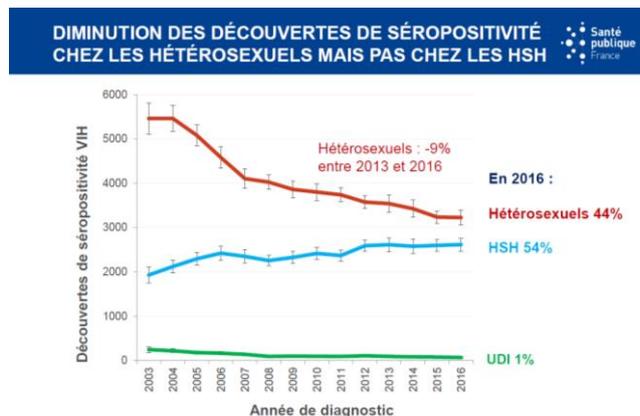
## 2 - LES POPULATIONS CIBLES PARMIS LES MIGRANTS

Elles sont très hétérogènes : HSH, travailleurs du sexe, toxicomanes, hétérosexuels (elles) multipartenaires, femmes en situation de vulnérabilité sociale, femmes avec partenaire multipartenaire, partenaire séropositif mal contrôlé sur le plan virologique, contexte de retour au pays avec prise de risque.

### 1/ HSH

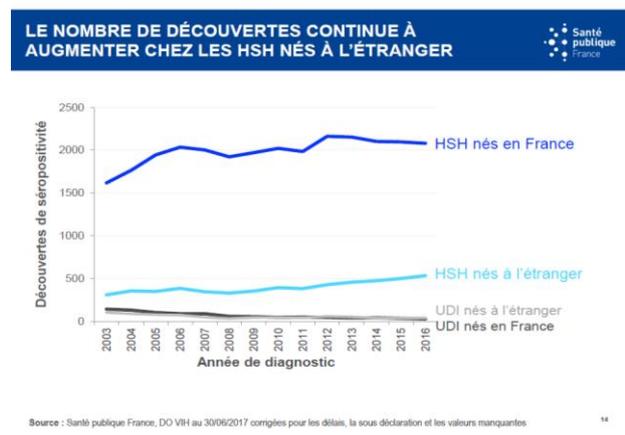
Selon les chiffres de la déclaration obligatoire de 2015, le nombre de découvertes d'infection VIH chez les HSH en France ne diminue pas.

La plupart sont nés en France (82%), 5% sur le continent américain, 4% en Afrique subsaharienne et 5% dans une autre partie du monde.



Source : Santé publique France, DO VIH au 30/06/2017, données corrigées pour les délais, la sous-déclaration et les valeurs manquantes

Les découvertes chez HSH nés à l'étranger, premier groupe touché, sont en augmentation : en 2016, l'enquête transversale AfroBaromètre 2016 a souligné la prévalence élevée observée chez les HSH (15%) alors que l'épidémie chez les afro caribéens a longtemps été considérée comme quasi exclusivement hétérosexuelle.



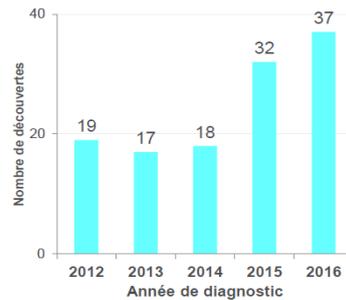
La situation de HSH d'origine immigrée est particulière : en effet, depuis l'arrêt de la cour de justice de l'Union Européenne du 7 novembre 2013, les homosexuels sont reconnus en tant que « groupe social » à part entière et peuvent donc demander la reconnaissance du statut de réfugié. Un nombre croissant de demandes d'asile a pour motif l'homosexualité. Les personnes doivent prouver que leur orientation sexuelle est un motif de persécution dans leur pays d'origine ou de résidence, et ensuite que les menaces sont directement en lien avec leur appartenance au « groupe homosexuel ». Comme le décrit l'anthropologue Carolina Kobelinsky, pour le prouver, il leur faut décrire les persécutions, mais aussi revendiquer leur homosexualité et la manifester dans leur comportement : ce dernier point est flou et pourrait faire appel à des représentations et stéréotypes véhiculés autour de l'image de « l'homosexuel ».

La discrimination et souvent les violences dans le pays d'origine et ensuite la suspicion dans le pays d'accueil ont un impact sur le vécu de ces personnes qui pourraient représenter un frein à l'information sur les risques sexuels entre hommes et par conséquent aux moyens de prévention et dépistage. De plus, comme l'a souligné le Dr Pauline PENOT lors de sa communication au congrès AFRAVIH 2018, l'identité gay est souvent moins affirmée que chez les HSH nés en France. Toutefois, on note que globalement les HSH nés à l'étranger sont plus nombreux que les hétérosexuels à avoir accès à la PrEP en France.

## 2/ Les personnes transgenres

Selon l'association ORTrans (Objectif Respect Trans créée en 2011 pour aider les celles et ceux qui sont concernées par les questions d'identité de genre), dans un article paru dans le journal Le Parisien en janvier 2016, l'estimation du nombre de personnes transgenres et transsexuelles en France serait de 15 000. Transsexuel décrit un individu qui cherche à changer ou qui a changé ses caractères sexuels primaires et/ou secondaires à travers des interventions médicales de féminisation ou masculinisation (hormonothérapie et/ou chirurgie), typiquement accompagné par un changement permanent dans les rôles de genre. Transgenre désigne un groupe varié d'individus qui occultent ou transcendent les catégories culturellement définies du genre.

- 123\* découvertes de 2012 à 2016 (<1%) : 110 H/F, 11 F/H et 2 NP
- Âge médian 34 ans (17-72)
- 66% en Ile-de-France
- Pays de naissance (sur 113) :
  - 75% Amériques
  - 13% France
- Indicateur de délai au diagnostic (sur 106) :
  - 36% précoces
  - 27% à un stade avancé
- Coinfections :
  - IST (sur 55) : 35%
  - Hépatite B (sur 90) : 8%
  - Hépatite C (sur 93) : 2%
- Antécédents (sur 51) : 41% jamais testés



\* S'agissant de données brutes, ce chiffre représente une valeur minimum

Source : Santé publique France, DO VIH au 30/09/2017 données brutes (non corrigées)

32

L'enquête menée en France en 2010 sur les caractéristiques sociodémographiques dans la population trans, parue dans le BEH en 2011, note des prévalences d'infection VIH allant jusqu'à 10.9% pour les MtF nées à l'étranger et 17.2% pour les MtF ayant été en situation de prostitution et jusqu'à 36.4% pour les MtF nées à l'étranger et prostituées.

Le rapport Morlat de 2013, consacre un sous chapitre à la situation des personnes transgenres pour souligner, d'une part la rareté des données disponibles et d'autre part, la forte vulnérabilité des personnes au risque VIH compte tenu du cumul des fragilités : naissance à l'étranger, travail du sexe, relations HSH et difficultés d'accès aux soins et des discriminations, qui font que la situation sanitaire de ces personnes est inadaptée et insuffisante.

Le Dr Anaenza FREIRE MARESCA infectiologue, assure le suivi PrEP et santé sexuelle à l'hôpital Ambroise Paré, et participe aux consultations hors les murs de « dépistage élargi » au sein de l'association communautaire PASTT auprès des personnes trans d'Amérique Latine, du Brésil, des philippines et du Maghreb. Elle note que le niveau d'information augmente dans la communauté mais toutefois que la qualité des informations laisse parfois à désirer d'où l'intérêt de poursuivre le travail avec les associations en réfléchissant aux termes employés et aux modes de diffusion de l'information auprès de ce public et en proposant des temps de réunions collectives et de consultations « pre-PrEP » pour expliquer cette nouvelle offre de prévention.

La porte d'entrée pour la consultation PrEP est souvent la consultation pour accident d'exposition (accident de préservatif), infection sexuellement transmissible, ou par l'intermédiaire d'association communautaire. Pour les personnes qui se prostituent (90% dans sa cohorte de personnes d'origine brésilienne) la demande de PrEP correspond à la demande d'une sécurité en cas de non possibilité de négociation, et/ou de non-respect des pratiques et en l'absence de préservatif par le client.

### 3/ Personnes en situation de prostitution

En Janvier 2016, l'HAS a publié un « État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et facteurs de vulnérabilité sanitaire ». Plusieurs constats ont été faits :

- les personnes qui se prostituent sont exposées à des risques sanitaires élevés, à la fois en raison des spécificités de leur activité professionnelle et en raison de conditions de vie dégradées et d'une vulnérabilité individuelle et sociale ;
- il existe une grande hétérogénéité dans les modes d'exercice et les conditions de vie de ces personnes selon les lieux où elles exercent leur activité (rue, internet, etc.) et selon les conditions de leur entrée dans la prostitution (prostitution indépendante, occasionnelle, réseaux proxénètes), si bien que les risques sanitaires auxquels elles sont soumises sont de natures diverses.

D'après les données fournies par l'Office central pour la répression de la traite des êtres humains (OCRTH), entre 20 000 et 40 000 personnes étaient en situation de prostitution en France en 2010 ; ces chiffres seraient sous-

estimés selon certaines associations. Les auteurs du rapport de l'IGAS (2012) indiquent que, d'après le Syndicat du travail sexuel (STRASS), 400 000 personnes seraient en situation de prostitution.

Aucune donnée n'a été identifiée sur le nombre de personnes en situation irrégulière sur le territoire et sur le nombre de personnes victimes de réseaux de traite des êtres humains. 89% des personnes prostituées dans sa file active étaient des femmes, 8 % étaient des personnes transgenres et 3 % étaient des hommes.

La Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) ont mené conjointement de juin 2010 à mars 2011 une étude nationale sur la santé des personnes en situation de prostitution : étude ProSanté. Les profils habituels repérés par les acteurs de terrain étaient retrouvés : des femmes françaises, africaines, d'Europe de l'Est ou chinoises, des transgenres sud-américains, et des hommes majoritairement français. 88 % des personnes en situation de prostitution incluses dans l'étude, pratiquaient la prostitution de rue ; les femmes représentaient les deux tiers des personnes interrogées.

78 % des personnes enquêtées étaient de nationalité étrangère et 14 % ne parlaient ni ne comprenaient le français.

L'activité prostitutionnelle induit un facteur de risque d'infection du VIH, lorsqu'elle est associée à des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale et économique qui favorisent la propension de personnes en situation de prostitution à accepter des rapports non protégés à la demande de certains clients : addiction à des substances psychoactives, activité occasionnelle ou débutante avec un moindre niveau de connaissance des risques sexuels, précarité économique et sociale, situation de clandestinité liée au cadre juridique de la prostitution.

Les stratégies de prévention mises en œuvre contre le VIH, les IST et les hépatites restent insuffisantes avec une utilisation du préservatif non systématique en particulier pour la pénétration anale, une couverture vaccinale contre le VHB très incomplète, un recours aux dépistages et au traitement d'urgence en cas d'exposition à un risque de contamination insuffisant eu égard aux risques de transmission auxquels peuvent être exposés ces publics.

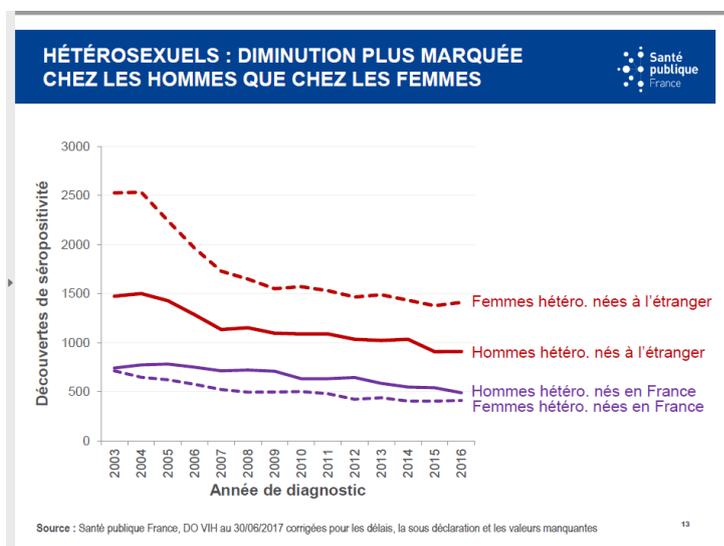
Ainsi les personnes migrantes cumulent les facteurs d'acquisition du VIH : l'isolement, la précarité et les difficultés de langue, la situation irrégulière : on observe effectivement que la prévalence du VIH est plus élevée chez les personnes d'origine étrangère lorsque ce paramètre est renseigné dans les études en particulier chez les femmes d'origine subsaharienne et chez les personnes transgenres originaires d'Amérique du Sud.

Pour la première fois, le plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014 comportait un volet spécifique en direction des personnes prostituées, articulé autour de 5 axes : (1) prévention, information, éducation pour la santé, (2) dépistage, (3) prise en charge médicale, (4) prise en charge sociale et lutte contre les discriminations, (5) recherche et observation. Dans l'enquête auprès des prescripteurs menée en ligne en mars 2018, concernant les prescriptions de PrEP, on note que les personnes prostituées sont après les HSH le deuxième groupe à bénéficier de la PrEP.

## **5/ Personnes hétérosexuelles**

Parmi les découvertes de séropositivité VIH et SIDA en 2015 en France, 31% des personnes sont nées en Afrique sub saharienne ; le diagnostic tardif de l'infection VIH est plus fréquent or la réduction du délai entre la contamination et la découverte est indispensable pour permettre la mise rapide sous traitement ARV. Parmi les facteurs associés au diagnostic tardif, sont retrouvés le mode contamination hétérosexuel ou par injection de drogues, le sexe masculin, l'âge plus avancé, et le pays de naissance autre que la France.

Comme le soulignent les associations du RAAC-SIDA, les nouvelles recommandations 2015 de l'OMS visent à proposer la PrEP à toutes les personnes exposées au VIH : parmi lesquelles les personnes récemment arrivées en France en provenance de pays à forte endémie (3%/an) : les femmes en situation de vulnérabilité en France, les hommes hétérosexuels multipartenaires, et en particulier lors du retour au pays.



Les hommes sont exposés au VIH à différents moments de leur migration, rapporte le Dr Pauline Penot dans son expérience au CeGIDD de Montreuil : dans le pays d'origine lors des situations de violences et de viol lors de situations de guerre ; lors du transit en particulier en Lybie ; mais aussi en France à leur arrivée dans le contexte de dépendance financière.

Il peut aussi s'agir de prises de risque multiples lors de retour au pays d'hommes immigrés mariés en France depuis plusieurs années ; et enfin de la situation des hommes dont la sexualité entre hommes est refoulée, cloisonnée dans une vie conforme aux normes sociales et aux attendus familiaux.

Les femmes représentent 30% des nouvelles contaminations et 60% d'entre elles sont originaires d'Afrique Sub saharienne. Certaines ont été contaminées :

- dans le pays d'origine : en Afrique, elles représentent 60% des personnes vivant avec le VIH, du fait de facteurs biologiques, socio-économiques, culturels ; la majorité d'entre elles a été contaminée par le partenaire régulier au sein du couple
- sur le trajet de migration, dans les pays de transit
- et, ainsi que l'a montré l'enquête ANRS PARCOURS, dans le pays d'accueil pour au moins 35% d'entre elles.

Cette enquête a étudié le parcours de vie de migrants d'Afrique subsaharienne en France : elle a mis en évidence l'association entre précarité administrative, conditions de vie, violences sexuelles et infection par le VIH chez les femmes d'Afrique subsaharienne ayant migré en France ; et noté que les violences sexuelles subies sur le territoire français par les femmes migrantes multiplient par 4 leur risque d'infection par le VIH.

Ainsi, les femmes migrantes ne sont pas exposées aux violences seulement lors de leur passage par les pays de transit. Elles le sont aussi une fois arrivées dans le pays de destination, en raison des conditions qui leur sont imposées, notamment en termes d'accès au titre de séjour, d'hébergement et de logement : l'insécurité administrative vis-à-vis du séjour (pas de titre de séjour établi ou de très courte durée), l'instabilité du logement (avoir à en changer souvent) et la situation d'hébergement par des proches, exposent aux violences sexuelles de façon directe (quel que soit le type de relations) et indirecte (lorsque la précarité s'accompagne de relations multiples, occasionnelles, parfois transactionnelles, c.-à-d. acceptées contre de l'argent, un hébergement, des aides) .

En outre, les femmes qui ont émigré en raison de violences ou de menaces dans leur pays apparaissent plus exposées aux violences sexuelles après la migration.

L'association Médecins du monde, dans le rapport 2016 de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France, alerte également sur le lien entre précarité et risques de santé dans le domaine de santé sexuelle et reproductive : suivi gynécologique et dépistage des lésions du col utérin, prise en charge des complications d'accouchements difficiles ou de violences sexuelles, accès à la contraception et suivi de grossesse, dépistage et traitement des hépatites et IST. Parmi les femmes suivis dans les CASO, le recours à la contraception est de 12% soit 5

fois moins qu'en population générale ; seules 40% des femmes enceintes avaient eu accès aux soins périnataux et 29% seulement des femmes entre 25 et 65 ans avaient réalisé un frottis cervical au cours de leur vie.

Les femmes originaires de zone de forte endémie sont donc la 2<sup>ème</sup> population la plus exposée au VIH en France. Alors qu'elles représentent 30 % des nouvelles contaminations, les femmes n'ont constitué que 0,7 % des prescriptions de PrEP.

Lors de la conférence sur les rétrovirus et infections opportunistes (CROI) qui s'est tenue à Boston en mars 2018, une session a été consacrée à la PrEP pour aborder les modalités de prise chez les femmes : la PrEP journalière paraît absolument essentielle : en effet la question de la diffusion génitale est probablement essentielle. Le délai d'efficacité est un point discuté actuellement : l'OMS le fixe à 7 jours alors que les recommandations françaises le fixent à au moins 21 jours chez les femmes ; la double prise de Truvada<sup>®</sup> lors de l'initiation de la PrEP n'a pas démontré d'intérêt.

Alors que ces contraintes et les questions autour de la santé reproductive pèsent sur l'adhésion des femmes à ce traitement préventif, l'OMS propose que les femmes à haut risque d'acquisition du VIH bénéficient de la PrEP et que celle-ci soit poursuivie pendant la grossesse, de même que pendant l'allaitement.

## **IV – DISCUSSION**

Les résultats de l'étude ANRS Parcours nous ont conduits à changer de paradigme concernant les actions prioritaires à mener auprès des immigrés africains en particulier. Jusqu'à présent, celles-ci étaient surtout focalisées sur le dépistage qui reste essentiel, mais il faut aussi renforcer sensiblement l'information et la prévention à destination de cette population qui est exposée à la contamination par le VIH dans le pays d'accueil.

Les différents acteurs de terrain, les conclusions des groupes de travail surtout en Ile de France, soulignent en premier lieu l'absence de demande de PrEP de la part des migrants et témoignent des difficultés à aborder ces questions, malgré la qualité du travail coordonné entre les associations d'accompagnement des publics et structures de soins.

Alors comment en parler et la proposer alors que ce n'est pas la 1ere demande ?  
Quels sont donc les freins à l'accès à la PrEP ? Comment les lever ?

### **1/ les Freins**

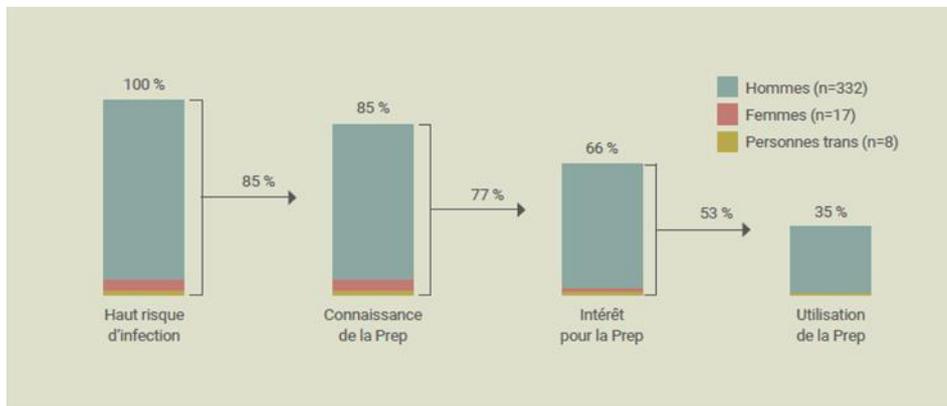
#### 1/ De la part des populations éligibles

Plusieurs enquêtes et études permettent d'appréhender la perception de la PrEP par ces populations.

L'enquête « Flash ! PrEP in Europe » (FPIE) est une enquête transversale déployée en ligne (juin 2016), avec 2 universités et 17 ONGs, dans 12 pays européens. L'objectif était d'évaluer la connaissance, l'intérêt et l'utilisation de la PrEP. Les participants étaient âgés de  $\geq 18$  ans et séronégatifs ou de statut inconnu.

Les auteurs de l'enquête précisent que le décrochage du quatrième palier s'accroît si on considère les femmes : parmi celles intéressées par la PrEP aucune ne l'a prise alors que c'est le cas pour 122 hommes et 3 personnes trans. Cette étude a permis de repérer les freins exprimés par rapport au recours à la PrEP en partie retrouvés chez les populations immigrées : la crainte des effets secondaires, les réticences à se rendre à l'hôpital, à effectuer des bilans trimestriels, à prendre un traitement quotidien, la crainte du coût ; et chez les personnes non intéressées : à 92% l'absence de besoin de changer de moyen de protection et à 73% la peur de contracter d'autres IST, à rapprocher du pourcentage de 71% personnes qui redouteraient la moindre utilisation du préservatif.

Ainsi est proposée une Cascade PrEP, en parallèle avec la cascade de la prise en charge des personnes séropositives :



L'étude KABP avait pour objet d'étudier « les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH / sida Connaissances, attitudes, croyances et comportements » : elle a montré que lorsqu'elles sont interrogées sur des questions de santé, les populations originaires d'Afrique subsaharienne résidant en Ile-de-France expriment de fortes craintes pour elles-mêmes des différents risques et maladies proposées dans l'enquête. C'est le risque « VIH » qui suscite la plus grande crainte pour près de 80 % des personnes interrogées, crainte davantage exprimée par les personnes qui sont originaires de pays dans lesquels la prévalence du VIH est supérieure à 5 %. Cette crainte importante du VIH s'accompagne d'une perception d'un risque individuel de contamination plus élevée que dans d'autres populations. Parmi les répondants d'Afrique subsaharienne, 8,8 % déclarent avoir un risque personnel supérieur à la moyenne d'être contaminés par le virus du sida. Ce pourcentage est de 4,1 % parmi les répondants du KABP métropole et 4,8 % parmi ceux des départements français d'Amérique (DFA). D'une manière générale, les femmes apparaissent comme ayant une moindre maîtrise de la prévention que les hommes et plus d'une femme sur cinq (21,7 %) a déclaré s'être vue imposer des rapports sexuels forcés au cours de la vie.

Les résultats d'une enquête exploratoire « Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Ile de France d'une nouvelle offre de prévention du VIH : le Truvada® en prophylaxie pré-exposition » ont été publiés en mars 2017 dans le BEH. Cette enquête a été menée entre avril et juin 2016 auprès de deux associations conduisant des actions de prévention et de dépistage auprès des populations africaines et caribéennes en Île-de-France, Afrique Avenir et Basiliade. Elle s'est déroulée seulement quelques mois après l'octroi de la RTU à la PrEP, à un moment où aucune action de communication à ce sujet n'avait encore été développée vers les populations originaires d'Afrique ou des Caraïbes, et dans un contexte d'ouverture progressive des consultations PrEP en France. Ces résultats sont donc uniquement à visée exploratoire, préliminaires à la mise en place d'une enquête plus détaillée. Elle suggère que la PrEP apparaît, dans ces populations africaines et caribéennes, comme un outil utile et tout à fait envisageable, sous réserve cependant de lever les confusions ou les inquiétudes qu'elle peut susciter : amalgame avec la pilule et inquiétudes quant à l'effet sur la fécondité ; crainte des effets secondaires ; réticences à aller à l'hôpital pour un traitement préventif ; questionnement autour du rôle préventif du médicament, que ce soit pour les personnes séropositives (TasP : traitement comme prévention) ou séronégatives (PrEP).

Les freins sont donc nombreux dans ces populations :

- méconnaissance de la PrEP en partie liée à la communication non adaptée : en effet, la PrEP en France et en Europe a été pensée en direction des HSH en espérant obtenir un impact sur l'épidémie ; de ce fait, la communication s'est appuyée sur des messages qui sont contre productifs auprès des migrants non HSH (sexe festif, multi partenariat, notion de risque assumé).

- questionnements et doutes sur son efficacité
- représentation du médicament en prise quotidienne

évoque la maladie

source de confusion avec la pilule contraceptive

et posant questions quant à son impact sur la santé reproductive : quel suivi de grossesse sous Truvada® ? Quel risque pour les bébés à la naissance ?

- prescription lors de consultation médicale à l'hôpital :

Démarche difficile pour les personnes arrivant d'Afrique du fait de l'image de l'hôpital dans le pays d'origine  
Méconnaissance du système de santé

Manque de prise en compte par les professionnels des problématiques spécifiques.

Difficultés administratives d'accès aux droits (situation irrégulière absence de prise en charge)

Difficultés liées à la méconnaissance de la langue française.

- préoccupations premières au quotidien liées aux problèmes administratifs, sociaux, parfois « de survie » prioritaires par rapport aux questions de santé.

## 2/ De la part des soignants

Il existe des freins de la part de certains soignants parfois mal informés voire réticents qui perçoivent la PrEP dans sa dimension médicamenteuse, en remplacement du préservatif ; ou l'associent à une sexualité débridée voire à une forme d'irresponsabilité en matière de santé sexuelle et non comme un traitement associé à d'autres mesures préventives, à un suivi médical rapproché incluant le dépistage et le traitement des IST.

Une enquête en ligne a été réalisée auprès des prescripteurs de PrEP en mars 2018 : elle a permis de souligner les difficultés rencontrées qui sont en premier lieu la méconnaissance de l'intérêt du traitement préventif pour les migrant(e)s, l'absence de demande, les difficultés de suivi, les difficultés d'accès aux droits chez les consultants migrants et a mis en évidence les prescriptions quasi exclusives pour les HSH et les personnes en situation de prostitution.

## 2/ Stratégie d'accès à la PrEP

Tous les acteurs de terrain s'accordent à considérer que « **Tout reste encore à faire pour les autres populations qui pourraient bénéficier de la PrEP** » ; et réfléchissent à des orientations lors des groupes de travail mis en œuvre en Ile de France qui replacent ce traitement préventif du VIH dans une offre de santé globale intégrant la santé sexuelle et la prévention contre le VIH .

### Auprès des publics migrants :

- repenser la communication PrEP : en effet le modèle de communication, d'accompagnement et de soins mis en place auprès des HSH n'est pas pertinent auprès des populations migrantes.  
pour favoriser l'information des migrants en élaborant des campagnes télévisées de prévention du VIH offrant une visibilité aux personnes originaires d'Afrique subsaharienne ; en développant des actions de communication sur les medias communautaires dédiés aux populations migrantes (radios, internet), la mise à disposition de brochures, outils et supports « spécifiques étrangers/migrants » élaborés en collaboration entre les associations et les professionnels de santé.

- Renforcer le rôle des associations. Ainsi, depuis plusieurs mois, les associations du Raac-sida se sont largement mobilisées autour de cet enjeu, en se rapprochant notamment des services hospitaliers proposant des consultations PrEP afin de réfléchir ensemble à l'inclusion des migrant.e.s dans les dispositifs proposés.

De premiers outils de communication ont été créés afin de promouvoir la PrEP auprès des migrant.e-s africain.es tels que le dépliant et l'affiche coréalisés par Afrique Avenir et le Crips Ile-de-France ; un fascicule « PrEP et migrants » est en cours d'élaboration par Afrique Avenir.

Pour améliorer la prévention des risques sexuels dans la population originaire d'Afrique subsaharienne, des associations (Afrique Avenir, l'association Arcat) et des chercheurs (Ceped, Santé Publique France ) se sont associés pour proposer la phase pilote d'une recherche interventionnelle, MAKASI, qui vise à permettre aux immigrés subsahariens de s'approprier les moyens de prévention et de soins, notamment en matière de santé sexuelle, pour

renforcer leur autonomie, leurs capacités et leur pouvoir d’agir afin de préserver leur santé face à l’ébranlement imposé par la migration et la difficulté d’accès aux droits et aux besoins fondamentaux. Il apparaît en effet nécessaire d’agir sur l’empowerment individuel et communautaire, afin d’apporter des ressources aux individus et aux communautés pour améliorer leur capacité d’agir dans le contexte complexe et nouveau du pays d’accueil, l’intégration de pratiques de protection ou de soins nécessitant plus que le simple apport de connaissances ou des réponses médicalisées.

### Auprès des professionnels

- Informers et sensibiliser les professionnels de 1<sup>er</sup> recours : déconstruire les représentations, faire connaître son intérêt auprès des soignants et des travailleurs sociaux qui accueillent et accompagnent ces populations. Faire apparaître la PrEP comme un outil de sensibilisation aux risques sexuels et aux modes de protection contre VIH, et modifier la représentation de la personne sous PrEP : « Demander l’accès à la PrEP, c’est prendre soin de soi et de son / sa partenaire »
- favoriser les consultations hors de l’hôpital, en renforçant l’accompagnement par les médiateurs santé dans les foyers d’accueil, les associations et favoriser l’interprétariat.
- Mobiliser les CeGIDD, prescripteurs de PrEP chez les HSH, qui assurent les missions de dépistage et prévention, afin d’orienter vers la PrEP les consultants lors des Accidents d’Exposition, des diagnostics d’IST, et des consultations de dépistage. En construisant un parcours qui assure le suivi des personnes non infectées mais exposées au VIH : la consultation de rendu du résultat négatif de la sérologie VIH auprès des personnes primo arrivantes ou migrantes en situation difficile peut être un moment privilégié pour informer sur la prévention combinée contre le VIH telle qu’elle est abordée en France.
- Intégrer la proposition de PrEP dans une offre de santé globale : dans le cadre d’une consultation préventive intégrée pour migrants (poids, taille, dextro, TROD (Test rapide d’orientation diagnostique), interrogation sur les violences subies, suivi gynécologique, bilan infectieux en particulier les hépatites virales, vaccins, parasitoses etc...)

Cette proposition est en accord avec les propositions du Plan Priorité Prévention qui a été rendu publique en avril 2018, selon les préconisations du Haut Conseil de la Santé Publique : il prévoit l’élaboration d’un parcours santé en direction des primo arrivants avec la proposition d’un bilan de santé intégrant la santé sexuelle organisé dans les 4ers mois après l’entrée sur le territoire, détaché de toute fonction de contrôle et soumis au secret médical, avec pour objectif l’information, la prévention, le dépistage, l’orientation et l’insertion dans le système de droit commun.

De plus, certains acteurs réfléchissent aux termes employés, souvent obscurs pour les « non-initiés VIH » qu’ils soient soignants, travailleurs sociaux, ou public et envisagent d’inventer de nouveaux termes pour désigner ce traitement préventif auprès des migrants non HSH qui pourraient en bénéficier.

Tous les acteurs de terrain soulignent l’impact de la précarité sur l’entrée et le maintien dans le soin et la prévention : précarité économique (6 ans en moyenne pour accéder au logement, au travail, à une carte de séjour > 1 an), mais aussi précarité administrative en termes de droit aux soins et de droit de résider sur le territoire, et précarité affective liée à l’isolement surtout en cas d’arrivée récente.

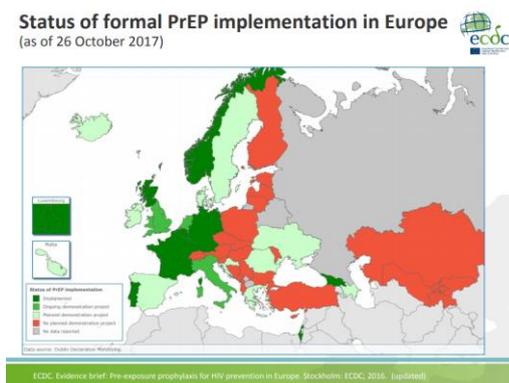
Dans un article publié dans la revue scientifique du Lancet de novembre 2016, les auteurs s’interrogent sur l’accès des migrants à la PrEP en Europe et font référence à une étude réalisée en Ecosse sur l’acceptabilité de la PrEP. Après une analyse des freins psychologiques culturels et sociaux, les auteurs concluent que le non accès à la PrEP pour les populations migrantes serait un marqueur des disparités en matière d’accès aux soins alors que son accès permettrait d’améliorer la santé des personnes, la prévention du VIH et des IST et la prise en charge de la grossesse dans des conditions de sécurité.

Enfin, on peut penser que le déploiement de la PrEP dans les pays d’origine pourrait contribuer à la faire connaître et ainsi susciter la demande.

### 3/ Impact du déploiement PrEP dans le Monde

En effet, la PrEP se déploie dans le monde entier sur tous les continents

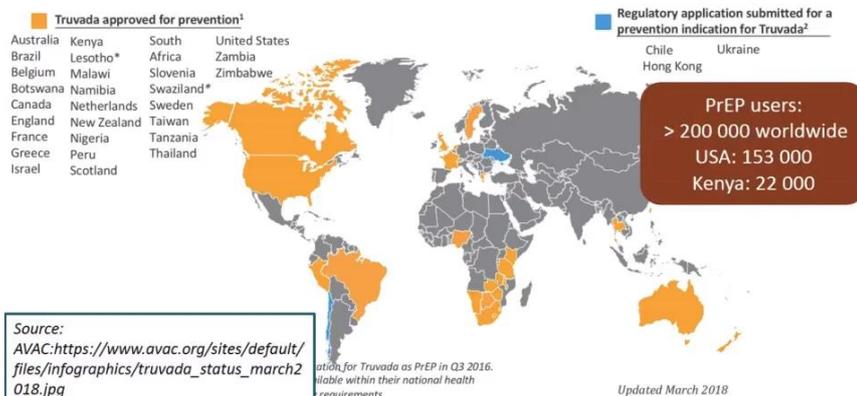
En Europe :



Présentation PrEP Summit –Amsterdam2018

Dans le monde :

#### Regulatory Status of Truvada for PrEP



Présentation AFRAVIH2018

A ce jour, l'accès est encore limité en Afrique de l'ouest.

Lors d'une communication au Colloque international Sciences sociales et VIH/SIDA en Afrique subsaharienne dans la session « Nouveaux enjeux de prévention », le démographe Joseph Larmarange donne l'exemple du KENYA où environ 13 000 personnes bénéficient de la PrEP.

La PrEP a été introduite dans les recommandations nationales en 2016, avec un travail de préparation entre 2016 et 2017 et une forte campagne de lancement promotionnelle en mai 2017, associé à une campagne d'auto-tests et une importante couverture médiatique. La délivrance a été simplifiée au maximum : une fiche d'évaluation du risque, une évaluation de la créatinine recommandée mais pas obligatoire pour ne pas retarder la mise sous traitement. Le Kenya a pris le parti d'une communication adaptée, à travers des programmes DREAMS en direction des jeunes femmes et JILINDE vers les personnes en situation de prostitution, notamment pour faire passer le message que la PrEP est une forme d'empowerment pour les femmes. Les autotests VIH et la PrEP sont encouragés à travers des campagnes et les sites internet qui recommandent aux personnes dont le test est négatif de s'informer sur la prévention, y compris la PrEP ; dans l'année 2017, la mise à disposition est gratuite pour les publics les plus exposés.

Il souligne combien l'implication communautaire est importante pour adapter les messages pour la PrEP et pour en faire une attitude positive, et au contraire les dangers du ciblage de la communication sur la PrEP sur "les plus à

risque" qui pourrait être contre-productive, notamment si les personnes associent la PrEP à « une mauvaise vie comme la prostitution ».

Il explique que, dans le contexte épidémiologique ouest africain, la PrEP en raison du suivi médical régulier qu'elle requiert est l'occasion de repenser le suivi des personnes *non infectées* par le VIH alors que la majorité des programmes sont pensés pour les personnes infectées. Il lui semble essentiel de penser une offre de santé globale dont la PrEP serait un l'un des outils mis à disposition et non une offre très compartimentée conditionnée à la mise sous PrEP.

En Afrique de l'Ouest, le projet de recherche CohMSM-PrEP, est coordonné par l'Institut de recherche pour le développement (IRD), financé par ANRS : il s'agit d'assurer la formation de pairs – éducateurs dans 4 pays d'Afrique de l'Ouest de novembre 2017 à janvier 2018, au Togo, Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Mali. L'objectif est d'évaluer l'acceptabilité et la faisabilité de l'accès à la PrEP pour les HSH dans le contexte ouest-africain. Ainsi, sur toute la durée du projet (3 ans), jusqu'à 500 HSH pourront bénéficier de la PrEP, dans le cadre d'une offre de prévention combinée incluant également le dépistage, un accompagnement personnalisé par des pair-éducateurs et la mise à disposition de préservatifs et de lubrifiants. A terme, le projet devrait favoriser l'accès des HSH d'Afrique de l'Ouest à ce nouvel outil de prévention, mais aussi, plus généralement, améliorer leur accès à des services de prévention et de prise en charge adaptés. « La PrEP est très attendue en Afrique de l'Ouest, notamment chez les HSH », souligne Bintou Dembélé, Directrice exécutive d'ARCAD-SIDA Mali.

## **V - CONCLUSION**

La PrEP est indiquée pour des personnes à haut risque d'acquisition du VIH chez lesquelles elle réduit de façon importante le risque VIH : elle doit s'intégrer dans une offre globale de prévention et de santé sexuelle.

Deux ans après sa mise en place, les enjeux de l'accès à la PrEP résident dans la diffusion de l'information dans les différents groupes auxquels elle s'adresse et la levée des freins à son accessibilité. En France comme dans le monde, ce traitement préventif est à ce jour prescrit majoritairement chez les HSH or les populations migrantes sont éligibles à la PrEP selon les recommandations de l'OMS.

Pour cela, il est impératif de repenser la communication auprès de ce public mais aussi auprès des professionnels de santé, et de construire l'offre de prévention dans une approche globale de santé et de santé sexuelle qui prenne en compte les besoins élémentaires des personnes et qui s'accompagne d'une réflexion sur les déterminants sociaux de santé et l'accès aux droits des personnes arrivant sur le territoire.

L'infection VIH a obligé à la réflexion pour imaginer de nouvelles approches dans le domaine de la santé comme sur le plan sociétal. Le déploiement de la PrEP auprès des populations migrantes soulève de nombreuses questions et représente de nouveaux défis à relever dans les années à venir.

## BIBLIOGRAPHIE

L'étude KABP : Beltzer JE., fénies K., Halfen S., Lert F., le Vu S., Lydié N. *Les populations africaines d'Ile-de-France face au VIH/sida Connaissances, attitudes, croyances et comportements* - éditions INPS -2007

*La problématique de l'accès aux soins des populations migrantes et /ou exclues en France* –le concours médical - tome 132 , n°6, 22 au 26 mars 2010-O.BOUCHAUD

*La PrEP pour les migrants ?* – 1<sup>ère</sup> journée migration et Prevenir-Bordeaux -6 avril 2017 –H.CORDEL

Christel Cournil. *Homosexualité et migration, droit au séjour et couple homosexuel*- revue de la recherche juridique-droit prospectif, presses universitaires d'Aix –Marseille, 2004, 2,pp.1039-1052

Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, *et al*; groupe ANRS-Parcours. *Migrants subsahariens suivis pour le VIH en France : combien ont été infectés après la migration ? Estimation dans l'Étude Parcours (ANRS)*. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(40-41):752-8. [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/2015\\_40-41\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/40-41/2015_40-41_2.html)

*MAKASI Construction et faisabilité d'une intervention d'empowerment en santé sexuelle pour réduire les vulnérabilités sociales et de santé chez les immigrés d'Afrique sub - saharienne en Ile de France* – Ceped – Desgres du Loû Annabel

LA « CASCADE » PREP EN FRANCE : QUELS FREINS POUR L'ACCES A LA PREP? POUR QUELLE POPULATION? RESULTATS FRANÇAIS DE L'ENQUETE COMMUNAUTAIRE «FLASH! PREP IN EUROPE » R.M. Delabre(1)\*, V. Schlegel (1), A. Bernier (2), A. Vilotitch(3)(4), J. Ghosn(5)(6), E. Fouquay(1), S. Morel (1), V. Coquelin(1), K. Jonas(7), R. Stranz(1), B. Spire(1)(3), D. Rojas Castro(2)(3)(8)

*Virologie 2016, 20 (3) : 147-57 La prévention pré-exposition au VIH-1 par les antirétroviraux, la PrEP*  
Constance Delaugerre<sup>1,2</sup>Caroline Gatey<sup>3</sup>Marie-Laure Chaix<sup>1,2</sup>Jean-Michel Molina<sup>2,3</sup> AP-HP, Hôpital Saint-Louis,Laboratoire de virologie, 1,avenue Claude-Vellefaux,75010 Paris, France<sup>2</sup> Université Paris-Diderot,Hôpital Saint-Louis,IUH, Inserm U941,Paris, France<[constance.delaugerre@sls.aphp.fr](mailto:constance.delaugerre@sls.aphp.fr)><sup>3</sup> AP-HP, Hôpital Saint-Louis,Service de maladies infectieuses,Paris, France

Hadj L, Desgrées du Loû A, Dupont J, Nguyen VK. *Acceptabilité et freins chez les populations africaines et caribéennes vivant en Île-de-France d'une nouvelle offre de prévention du VIH : le Truvada® en prophylaxie pré-exposition (PrEP)*. Une enquête exploratoire. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(6):110-4.[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/6/2017\\_6\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/6/2017_6_2.html)

Lamarange Joseph (2016) « accès à la prophylaxie pré exposition en Afrique de l'Ouest : nouvelles questions et enjeux » (communication orale # SP 1302), présenté à Colloque international Sciences sociales et VIH/SIDA en Afrique subsaharienne, Abidjan.

*La seine Saint Denis, un département engagé pour la fin du SIDA en 2030* – rapport dirigé par France Lert

Larsen C, Limousi F, Rahib D, Barin F, Chevaliez S, Peytavin G, *et al*. *Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants*. Bull Epidémiol Hebd. 2017; (28-29):609-16. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017\\_29-30\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_3.html)

Jasna Loos, Christiana nostlinger,Thijs reyniers, Robert Colrbunders,Vicky jaspers ,Lazare Manirankunda , Vim Vanden Berghe,Marie laga - *PrEP for African migrants in europe ? a research agenda* - The Lancet HIV, Volume 3 , No11,e505/507, November2016

Ingrid Young, Paul Flowers, Lisa M McDaid –barriers to uptake and use of pre exposure prophylaxis among communities most affected by HIV in the UK :findings from a qualitivestudy in Scotland- BMJ vol4 issue11

*Les populations africaines d'Ile -de -France face au VIH/sida Connaissances, attitudes, croyances et comportements*- Sous la direction de Nathalie Lydié

*Quand prouver et parler de son orientation sexuelle devient un motif de survie. DROIT D'ASILE. Les preuves à l'épreuve-juin 2017- Flora de Mori et garance Dailly*

*Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – recommandations du groupe d'experts- sous la direction du Pr Philippe Morlat et sous l'égide du CNS et de l'ARNS - épidémiologie de l'infection VIH en France – juillet 2017  
Ingrid Young, Paul Flowers, Lisa MmcDaid- *Barriers to uptake and use of PrEP among communities most affected by HIV in the UK : findings from a qualitative study in Scotland.* BMJ Open 2014 ; 4 ; e 005717*

OMS Notes d'orientation : *Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH – Dernières informations.* – Novembre 2015

HAS – *la prophylaxie pré-exposition au VIH par TRUVADA* - mars 2017

Kenya launches self test kits and PrEP – 5 may 2017 - UNAIDS

*Dépistage du VIH, découvertes de séropositivité VIH et diagnostics de SIDA, 2003-2016, unité VIH/SIDA - Hépatites B et C – IST direction des maladies infectieuses, Santé Publique France*

ANRS -*Précarité, violences sexuelles envers les femmes migrantes ; un risque accru d'infection par le VIH démontré* - mis en ligne le janvier 2018

*AIDES VIH Hépatites, la face cachée des discriminations, rapport 2017*

Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France- Médecins du Monde - rapport 2016

Rapport mondial sur le suivi de la lutte contre le sida 2018- ONUSIDA 2017 | DIRECTIVES - Indicateurs de suivi de la Déclaration Politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2016

PrEP summit in Amsterdam, février 2018

Lectures : Remaides, Maux d'exil, Transversal

Site internet : COREVIH Bretagne, vih.org, PrEP in Europe, Coalition plus, seronet.