

« Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants africains vivant en Ile de France »

- Pourquoi une enquête spécifique sur le VIH et l'hépatite B chez les immigrants d'Afrique subsaharienne ?
- Leçons du terrain :
 - Enquêter sur les parcours de vie...
 - Enquêter dans les structures de santé
 - Enquêter un public de migrants
- Quelques apports de l'enquête à la connaissance de la santé des migrants

Pourquoi ?

Les Sub-sahariens, le VIH et l'hépatite B

- Entre 2007 et 2009, en Ile-de-France, près d'**1 diagnostic VIH sur 2** concerne une personne de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne (ORS, 2010)
- L'hépatite B chronique **touche huit fois plus les personnes nées en Afrique subsaharienne** que la population générale en France (Meffre, Le Strat et al., 2006)
- VIH et VHB : points communs
 - Modes de transmission (sexuel, mère-enfant)
 - Phase asymptomatique
 - Maladie chronique pouvant impliquer des traitements lourds et à vie
- VIH et VHB : différences
 - Significations sociales (VIH très stigmatisé/hépatite B)
 - Accès différencié au titre de séjour pour soins
 - Vaccination possible contre le VHB

Des trajectoires migratoires très diverses :

- **Le pays d'origine**
- **Les motifs de la migration** (économiques, politiques, familiaux...)
- **La situation socio-économique** dans le pays d'origine (niveau d'instruction, emploi, statut familial...)
- **Les conditions de départ et d'arrivée** (seul, en couple, en famille ; avec ou sans réseau d'entraide ; avec ou sans visa...)
- **Les conditions de vie en France** (logement, métier, papiers, ressources, famille ...)
- **Les perspectives migratoires** (une arrivée en France ou des allers-retours?)

Maladie et trajectoire migratoire

- **Trois grandes étapes à comprendre :**

- 1. Prévention de la transmission sexuelle des infections**

- Activité sexuelle et prise de risque
- Quels facteurs jouent sur les comportements préventifs (difficultés socio-éco et administratives, rapports de genre, nature de la relation...)?

- 2. Dépistage et accès aux soins**

- Quel accès au dépistage ? Le VIH est-il mieux dépisté et pris en charge que le VHB ?
- Quels sont les facteurs de retard dans l'accès au système de soins ?

- 3. Vie avec l'infection**

- Quelles sont les conditions de vie en France et de vie avec la maladie ?
- Impact du VIH et de l'hépatite B chronique en terme de **stigmatisation, isolement** et partage de l'information ?
- Différences de droit au séjour selon les maladies ? Implications sur la relation du patient avec le système de santé ?

- **Nécessité de prendre en compte l'ensemble de la trajectoire de la personne soignée (migratoire/sociale/professionnelle) pour comprendre ses besoins/contraintes/choix**

L'étude PARCOURS

- Une étude auprès de migrants nés dans un pays d'Afrique Subsaharienne et vivant en Ile de France
- 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
 - Ce qui peut retarder l'arrivée dans le système de soins
 - Ce qui peut compliquer la vie avec l'infection
- .. pour au final proposer des recommandations pour adapter les programmes de prévention et de prise en charge aux différents contextes de vie

L'étude PARCOURS

Objectif général:

Etudier la place de la maladie et de sa prise en charge dans les parcours des personnes originaires d'Afrique subsaharienne dans le cadre du VIH/Sida et de l'Hépatite B.

Hypothèses:

1. Il existe différentes situations sociales qui correspondent à des raisons et des conditions d'arrivée en France très hétérogènes. L'arrivée de la maladie dans le parcours de vie et la rapidité et la qualité de prise en charge vont dépendre des conditions sociales (et administratives) d'arrivée et de la vie en France.
2. Le VIH/sida et l'hépatite B diffèrent dans leurs répercussions sur la situation sociale des patients et leur circulation France-Pays d'origine.

Objectifs spécifiques (1) : Etudier le rôle du parcours de vie et de migration sur les comportements de prévention et de soins des Africains vivant en France

- analyser les prises de risque en France / VIH ou VHB selon la situation sociale et la situation administrative
- décrire les itinéraires de dépistage VIH et VHB. Mettre à jour les occasions manquées, détecter d'éventuels retards d'entrée dans le système de prise en charge pour chacune des pathologies.
- Déterminer les facteurs individuels d'une prise en charge médicale adéquate pour les pathologies concernées .

Objectifs spécifiques (2): Etudier le rôle de la maladie (VIH ou hépatite B) sur la trajectoire sociale et administrative des Africains vivant en France

- interroger le lien maladie/régularisation : les mécanismes de protection mis en place par la mobilisation associative autour des patients VIH en situation irrégulière existent t-ils pour les patients porteurs d'une hépatite B chronique ?
- Interroger la relation patient africain/professionnel de santé en France
- Estimer la part de la maladie dans les difficultés rencontrées par les patients africains vivant avec le VIH ou une hépatite B et dans les potentialités ouvertes (réseaux de prise en charge-de solidarité)
- Analyser la façon dont les liens sociaux sont remodelés face au VIH ou à l'hépatite B chez les patients africains vivant en France.

Méthode : trois groupes d'étude

- des personnes infectées par le VIH (y compris avec des co-infections VHB ou VHC)
- des personnes porteuses d'une hépatite B chronique (sans VIH)
- des personnes n'ayant aucune de ces deux infections diagnostiquées

... pour pouvoir identifier les spécificités propres à la maladie en général et à chacune de ces infections en particulier.

Recrutement en structures de santé :

- services hospitaliers de prise en charge du VIH/Sida
- services de prise en charge des hépatites
- centres de santé généralistes + PASS, COMEDE, CASO₁₁

Un projet ANRS porté par ...

- Un **comité de pilotage** : les équipes de recherche :
CEPED (IRD-Paris Descartes), INSERM, INPES
- appuyé par le **groupe d'experts** :
 - Des associations : COMEDE, RAAC SIDA, FORIM, SOS hépatites
 - Des spécialistes en méthodologie d'enquête : INED, INVS
 - Des médecins praticiens : Hopital Cochin, Médecine générale
- **Groupes de travail ad hoc selon avancées et besoins du projet** :
 - Construction du projet
 - Méthodologie : Outils de collecte, mode de recrutement ...
 - Communication autour de l'étude ...
- Un **conseil scientifique** indépendant se réunit aux moments clefs de la recherche

Le groupe PARCOURS

Equipes de recherche :

- CEPED : Annabel Desgrées du Loû (IP), Julie Pannetier, Elise Rodary, Dolores Pourette, Anne Gosselin, Agnès Guillaume
- INSERM U 1018 : France Lert (IP), Rosemary Dray-Spira (IP), Nathalie Bajos (IP)
- INPES : Nathalie Lydié (IP)

Experts :

Associations :

- COMEDE : Pascal Revault
- RAAC-Sida : Joseph Situ, Laurence Perrin, Joséphine Ngahngono
- FORIM : J.C. Ahomadegbe, Khady Sakho
- SOS hépatites : M Cizorne

Méthodologie d'enquête

- INVS: Yann Le Strat
- INED, Service des enquêtes : Géraldine Vivier, Nicolas Razafindratsima

Pratique hospitalière

- Hopital Cochin, service hépatologie : Philippe Sogni
- Médecine Générale Paris 7 : Julien Gelly

Un conseil scientifique indépendant :

Philippe Antoine (démographe IRD), Cris Beauchemin (démographe INED),
Doris Bonnet (Anthropologue IRD), Anne Gervais (hépatologue APHP),
Joseph Koffi (médecin VIH, CHU Lyon), Eva Lelièvre (démographe INED),
Florence Lot (épidémiologiste INVS), Laurence Meyer (épidémiologiste INSERM).

Déroulement de l'enquête dans les services

- Dans chaque site :
 - Mise en place de l'enquête : Société de recherche clinique (ClinSearch)
 - Des enquêteurs formés : Institut de sondage (IPSOS)
- Qui fait quoi ?
 - Le médecin présente l'enquête au patient éligible au cours de sa consultation et remplit le questionnaire médical
 - L'enquêteur passe le questionnaire biographique après la consultation, dans une pièce fermée (confidentialité)

Comment ?

Une enquête quantitative par questionnaire biographique en face à face

- Le questionnaire biographique (grille biographique couplée à un questionnaire modulaire): un outil de recueil des histoires de vie qui permet de repérer l'enchaînement des divers types d'évènements de vie (parcours migratoire, histoire familiale, activités, revenus et titres de séjour, dépistages et diagnostics, ...)
 - 50 minutes environ
 - Passé par un enquêteur spécialement formé
- Couplé à un questionnaire médical court rempli par le médecin vu en consultation
- Un recueil quantitatif :
 - permettra d'analyser les enchainements d'évènements
 - permettra de mettre en perspective les différents types de trajectoires selon les groupes étudiés

La grille biographique

The image shows an open notebook with four pages of a biographical grid. The pages are filled with handwritten text in French, organized into columns and rows. The grid is used for recording personal history and family details.

Page 1 (Left): Contains a header with columns for 'AN', 'LIEU', 'PROFESSION', 'MARIAGE', and 'MORT'. The main body is a grid with rows for 'Mère', 'Père', 'Grand-père', 'Grand-mère', 'Oncle', 'Tante', 'Cousin', 'Cousine', 'Nécessaire', 'Fils', 'Fille', 'Petit-fils', 'Petite-fille', 'Petit-neveu', 'Petite-nièce', 'Petit-père', 'Petite-grand-mère', 'Petit-oncle', 'Petite-tante', 'Petit-cousin', 'Petite-cousine', 'Petit-neveu', 'Petite-nièce', 'Petit-père', 'Petite-grand-mère', 'Petit-oncle', 'Petite-tante', 'Petit-cousin', 'Petite-cousine'.

Page 2 (Second from Left): Titled '56 AN D'AVAIL'. It has columns for 'AN', 'LIEU', 'PROFESSION', 'MARIAGE', and 'MORT'. The main body is a grid with rows for 'Mère', 'Père', 'Grand-père', 'Grand-mère', 'Oncle', 'Tante', 'Cousin', 'Cousine', 'Nécessaire', 'Fils', 'Fille', 'Petit-fils', 'Petite-fille', 'Petit-neveu', 'Petite-nièce', 'Petit-père', 'Petite-grand-mère', 'Petit-oncle', 'Petite-tante', 'Petit-cousin', 'Petite-cousine'.

Page 3 (Third from Left): Titled 'MILIEU DE LA VIE'. It has columns for 'AN', 'LIEU', 'PROFESSION', 'MARIAGE', and 'MORT'. The main body is a grid with rows for 'Mère', 'Père', 'Grand-père', 'Grand-mère', 'Oncle', 'Tante', 'Cousin', 'Cousine', 'Nécessaire', 'Fils', 'Fille', 'Petit-fils', 'Petite-fille', 'Petit-neveu', 'Petite-nièce', 'Petit-père', 'Petite-grand-mère', 'Petit-oncle', 'Petite-tante', 'Petit-cousin', 'Petite-cousine'.

Page 4 (Right): Titled 'FAMILLES ET PROGENITURE'. It has columns for 'AN', 'LIEU', 'PROFESSION', 'MARIAGE', and 'MORT'. The main body is a grid with rows for 'Mère', 'Père', 'Grand-père', 'Grand-mère', 'Oncle', 'Tante', 'Cousin', 'Cousine', 'Nécessaire', 'Fils', 'Fille', 'Petit-fils', 'Petite-fille', 'Petit-neveu', 'Petite-nièce', 'Petit-père', 'Petite-grand-mère', 'Petit-oncle', 'Petite-tante', 'Petit-cousin', 'Petite-cousine'.

2 - HISTORIQUE DES ACTIVITES

ANNÉES	2.1 Que faisiez-vous... ? <i>Scolarité, Formation, Apprentissage, Emploi, Aide Familial, Chômage, Retraite, au Foyer, Sans occupation</i>	2.2 D'où venaient vos ressources? <i>(plusieurs codes possibles pour une même période)</i> 1 - de votre propre activité 2 - d'activités d'autres membres du ménage 3 - d'allocations de l'état [allocation familiale, allocation de handicap ou invalidité...] : A préciser 4 - aucune ressource	2.3 Etiez-vous : <u>Salarié :</u> 1 - Cadre 2 - Employé ou ouvrier qualifié 3 - Employé, ouvrier non qualifié <u>Non salarié :</u> 4 - Patron, employeur (sans salariés) 5 - A son compte (sans salariés) 6 - Apprenti, stagiaire 7 - Aide familial	Activités en France 2.4 Si salarié, Aviez-vous <i>sur la plus grande partie de la période :</i> 1 - un CDI 2 - un CDD, Interim 3 - Pas de contrat
	2011		aucune ressource -mendicité	
2010				
2009	Sans travail	Allocation demandeur d'asile		
2008				
2007				
2006				
2005				
2004				
2003				
2002				
2001				
2000				
1999				
1998				
1997				
1996				
1995				
1994				
1993				
1992				
1991				
1990				
1989				
1988				
1987				
1986				
1985				
1984				
1983				
1982				
1981				
1980				
1979	Ecole Coranique	Aucune ressource -mendicité		
1978				
1977				
1976				
1975				
1974				

ANNÉES	3 - HISTOIRE DES RELATIONS			4 GROSSESSES et ENFANTS	5 - TESTS DE DEPISTAGE	
	3.1 RELATIONS LONGUES (PLUS D'1 AN)	3.2 RELATIONS COURTES OU OCCASIONNELLES	3.3 RELATIONS CONTRAINTES OU PAYANTES		5.1 HEPATITE B	5.2 VIH
			1 - Transactionnelle : Oui / Non / NR (TRANSAC) 2 - Payés : Oui / Non / NR (PAYES) 3 - Recours prostitution : Oui / Non / NR (PAYANTS) 4 - Rapport forcé : Oui / Non / NR (FORCES)			
2011						
2010					Test hépatite B négatif	
2009						
2008						
2007						
2006						
2005						
2004						
2003						
2002						
2001						
2000						
1999		relations sexuelles				
1998		occasionnelles				
1997						
1996						
1995						
1994						
1993						
1992						
1991						
1990						
1989						
1988						
1987						
1986						
1985						
1984						
1983						
1982						
1981						
1980						
1979						
1978						
1977						
1976						
1975						
1974						

6 - SANTE GENERALE ET HISTOIRE DES MALADIES						
ANNÉES	6.1	6.2	7	8	ANNÉES	REMARQUES ET PRECISIONS
	MALADIE OU PROBLÈME DE SANTÉ	HOSPITALISATION	TITRES DE SEJOUR	PROTECTION MALADIE		
2011			Sans TS	INTERR-COUV	2011	Col7: débouté de sa demande d'asile/ Col 8: couverture ??
2010			↑		2010	Col7: arrivée par passeur avec seulement son acte de naissance / a demandé l'asile
2009			Pas de visa TS<1an	COUVMA	2009	
2008					2008	
2007					2007	
2006					2006	
2005					2005	
2004					2004	
2003					2003	
2002					2002	
2001					2001	
2000					2000	
1999					1999	
1998					1998	
1997					1997	
1996					1996	
1995					1995	
1994					1994	
1993					1993	
1992					1992	
1991					1991	
1990					1990	
1989					1989	
1988					1988	
1987					1987	
1986					1986	
1985					1985	
1984					1984	
1983					1983	
1982					1982	
1981					1981	
1980					1980	
1979					1979	
1978					1978	
1977					1977	
1976					1976	
1975					1975	
1974			Guinée		1974	

Calendrier

- Juin 2010 – mai 2011 :
 - Préparation de la grande enquête quantitative
 - Démarrage du volet qualitatif soignants-soignés
- Juin-juillet 2011
 - Enquête pilote :
 - 2 services VIH
 - 2 services hépatite B
 - 2 centres généralistes
- Aout – décembre 2011 :
 - Analyse du pilote
 - Finalisation des outils de collecte
 - Choix des prestataires (sociétés de sondage et de recherche clinique)
 - Décembre 2011 :accord CNIL
- Février 2012 – Juin 2013 :
 - Enquête quantitative auprès de 2500 patients
 - Enquête qualitative – analyse et valorisation
- Juillet 2017 : fin des analyses – ouvrage de synthèse

Leçons de la phase préparatoire et du pilote

- Importance de la communication :
 - Une enquête auprès des migrants aujourd'hui : est-ce raisonnable ?
 - une enquête sur le VIH chez les africains : est-ce stigmatisant ?
 - Une collaboration étroite équipes de recherche-associations

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**



www.slographil.com

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



Leçons de la phase préparatoire et du pilote (2)

- Une population cible rare... :
 - 1,5 patient éligible par demi-journée seulement
 - 70 patients à qui l'enquête a été proposée
 - 39 qui ont accepté : **56% d'acceptation**
- ➔ Proposer des RV aux personnes qui ne peuvent pas rester après la consultation
- ➔ augmenter le nombre de centres enquêtés

Grande enquête : échantillonnage

Recrutement dans les structures de santé :

- Services hospitaliers de prise en charge du VIH/Sida.
- Services de prise en charge des hépatites.
- Centres de santé généralistes + PASS, COMEDE, CASO.

Constitution des échantillons

Les bases de sondage : de quoi dispose-t-on ?

- VIH : Estimation de la file active de personnes migrantes originaires d'Afrique Subsaharienne dans tous les **services hospitaliers VIH** d'Île de France (VESPA 2).



- VHB : Rien.



- MG : Rien.

Constitution des échantillons

Les bases de sondage : que fait-on ?

- VIH : Tirage à deux degrés avec une stratification au premier degrés selon la taille de la file active des services (critère de sélection : + de 100 éligibles).
- VHB / MG :
 - **1) Constitution de la base de sondage** : pré-enquêtes auprès des pôles de référence **hépatite**, les réseaux de santé et les services hospitaliers d'Île de France et auprès centres de **médecine générale** appartenant à la Fédération nationale des centres de santé sur l'Île de France (critère : + de 2 éligibles par demi-journée de consultation).
 - **2) Tirage à deux degrés.**

Aperçu du dispositif d'enquête

CEPED

Coordination générale

Clinsearch

Sollicite les services et centres
Formation des correspondants et
médecins
Mise en place de l'étude

IPSOS

Gestion des enquêteurs
(affectations et suivi des
enquêteurs)

Structures de santé

Correspondants (gestion de
l'étude dans l'hôpital)
Médecins (recrutement des
répondants)

Réalisation du terrain: quelques chiffres



Durée du terrain : 16 mois de terrain : il a été lancé le 30 janvier 2012 et s'est terminé le 31 mai 2013.



Formations

- **32 enquêteurs et les 4 chefs d'équipe** ont été briefés et formés à l'enquête
- **2 formations de 5 jours** ont été mises en place (janvier et mars 2012)



L'enquête a eu lieu dans **40 services hospitaliers VIH et/ou VHB et 30 centres de santé d'Ile-de-France** avec plus de 200 médecins.

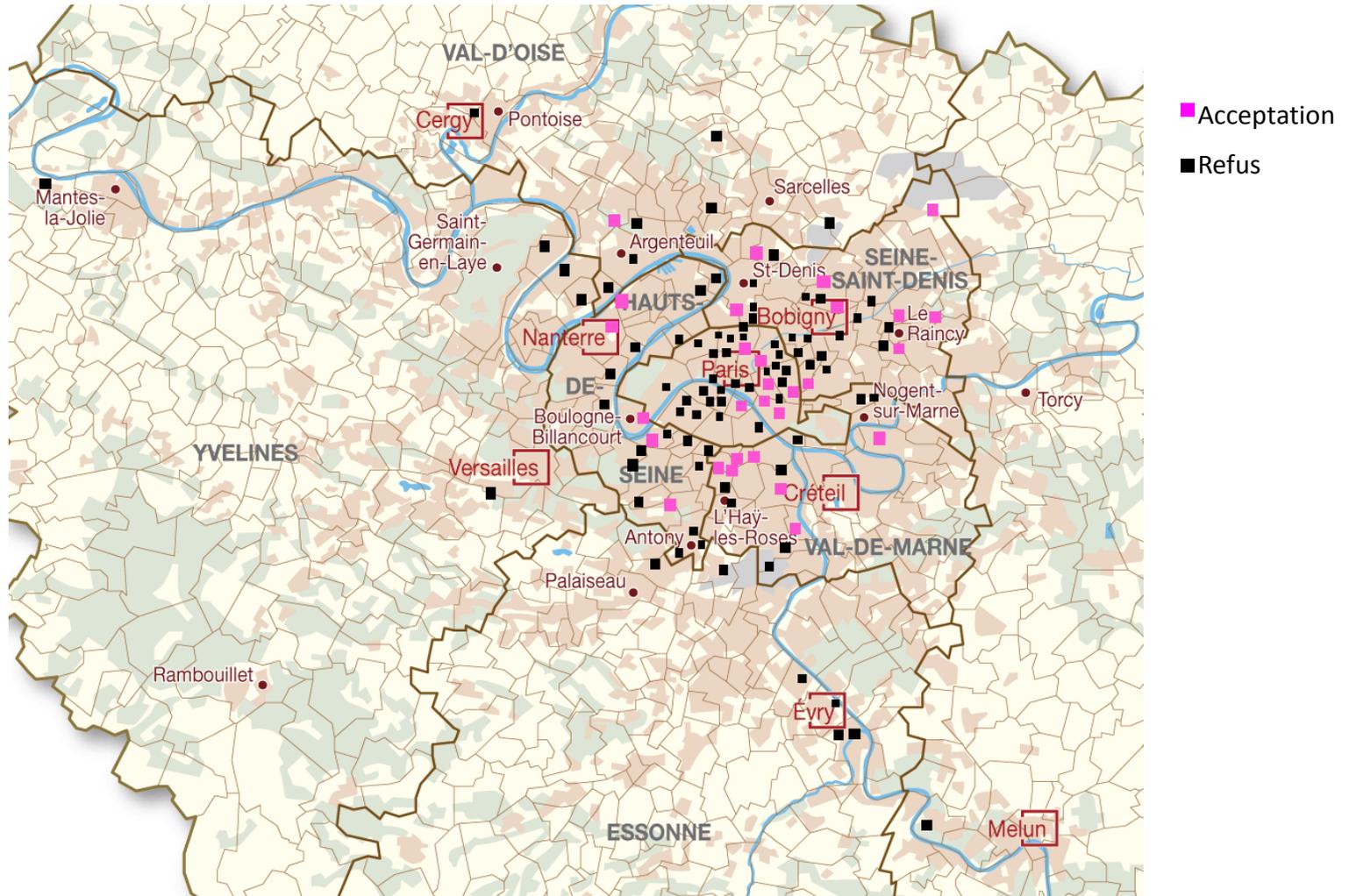
- 24 services VIH
- **20 services VHB**
- 30 centres MG

Comparaison des taux de participation- centre par groupe

	Groupe VIH	Groupe Hépatite B	Groupe médecine générale
Type de structures sollicitées	Services hospitaliers spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Services hospitaliers spécialisés • 1 réseau de médecins de ville • COMEDE 	<ul style="list-style-type: none"> • Centres de santé • Permanences d'accès aux soins hospitalières (PASS) • COMEDE • CASO
Taux d'acceptation	89%	77%	25%
Effectif enquêté	24 centres	20 centres	30 centres

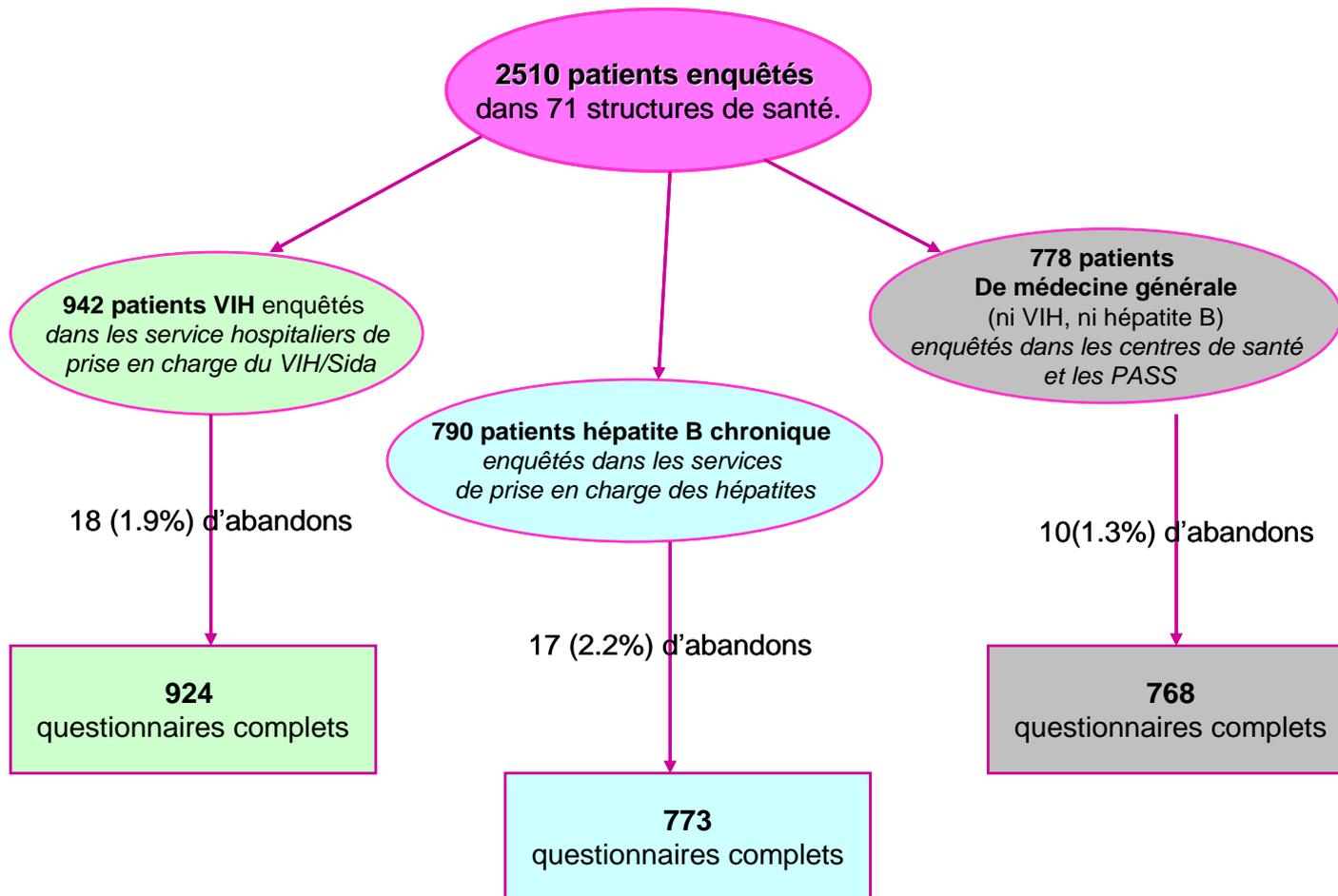
Le groupe médecine générale

Qui a participé?



Résultats de la collecte

(février 2012 - mai 2013)



Participation selon le groupe d'étude

	VIH	VHB	MG
	%	%	%
Participe	51	67	69
Refus du médecin	6	2	2
Problème de langue	2	1	3
Refus du patient	41	30	26
Effectifs (éligibles)	1807	1079	1046

Participation sur rendez-vous selon le groupe d'étude

	VIH	VHB	MG
Est venu au rendez-vous (%)	61,5	68,0	71,0
Personnes ayant accepté sur rdv	299	353	476
Part dans l'échantillon (CAPI réalisé)	16,5	33,0	45,5

Bilan des contacts avec les structures de santé- **MG**

- **Problèmes rencontrés**

- ✓ Difficulté à convaincre les médecins à participer à l'étude
- ✓ Difficulté à trouver un correspondant autre que le médecin pour assurer la logistique de l'étude
- ✓ Décalage entre l'expérience de la société de recherche clinique (dans les services hospitaliers), et les contraintes et modes de fonctionnement des centres de santé

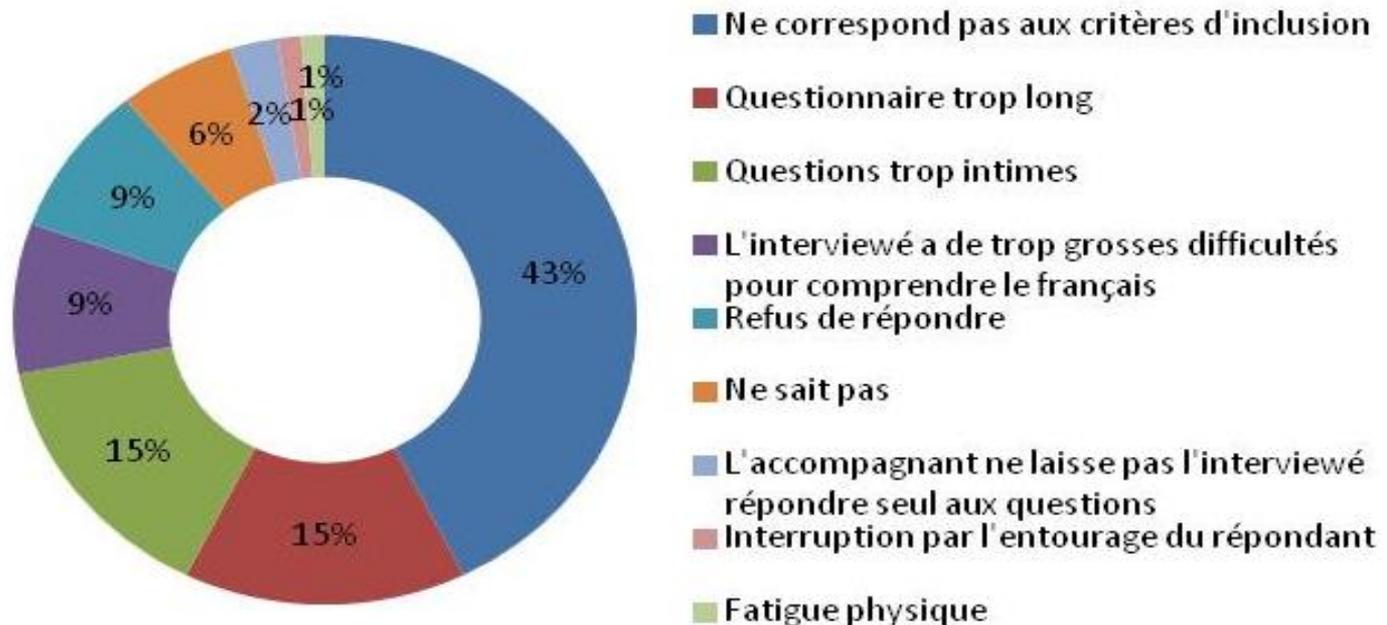
- **Solutions mises en œuvre**

- ✓ Lettre au maire de la ville, envoyée par l'ANRS, pour les centres municipaux
- ✓ Visite des chercheurs dans les centres pour présenter l'étude
- ✓ adaptation du protocole au service, aide extérieure (ARC Parcours).
- ✓ Envoi d'une newsletter mensuelle
- ✓ Prolongation de la période d'inclusion jusqu'au 31 mai 2013.

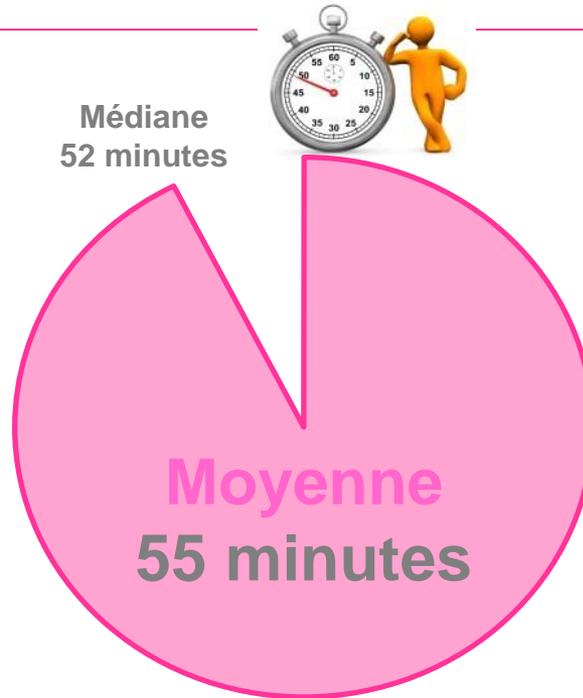
Le nombre d'abandons en cours de questionnaire et les raisons d'abandon

82 abandons questionnaire :

- 35 abandons sur 82 : inclus à tort
- 12 abandon s: questionnaire jugé trop long
- 12 abandons : questionnaire jugé trop intime



Durée du questionnaire

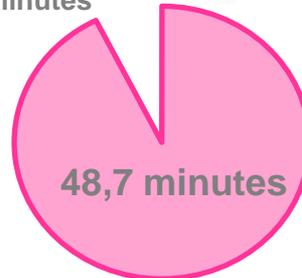


Med:
52,2 minutes



VIH

Med:
52,3 minutes



VHB

Med:
52,2 minutes



MG

Langue de passation du questionnaire

23 questionnaires ont été fait dans une autre langue que le français (moins de 1% des questionnaires CAPI complets).

- ✓ **14 questionnaires** ont été faits **en anglais**
- ✓ **9 questionnaires** ont été faits dans une **autre langue*** avec un interprète.
- ✓ Les **centres de médecine générale** ont eu plus besoin que les autres centres de faire appel à une traduction.

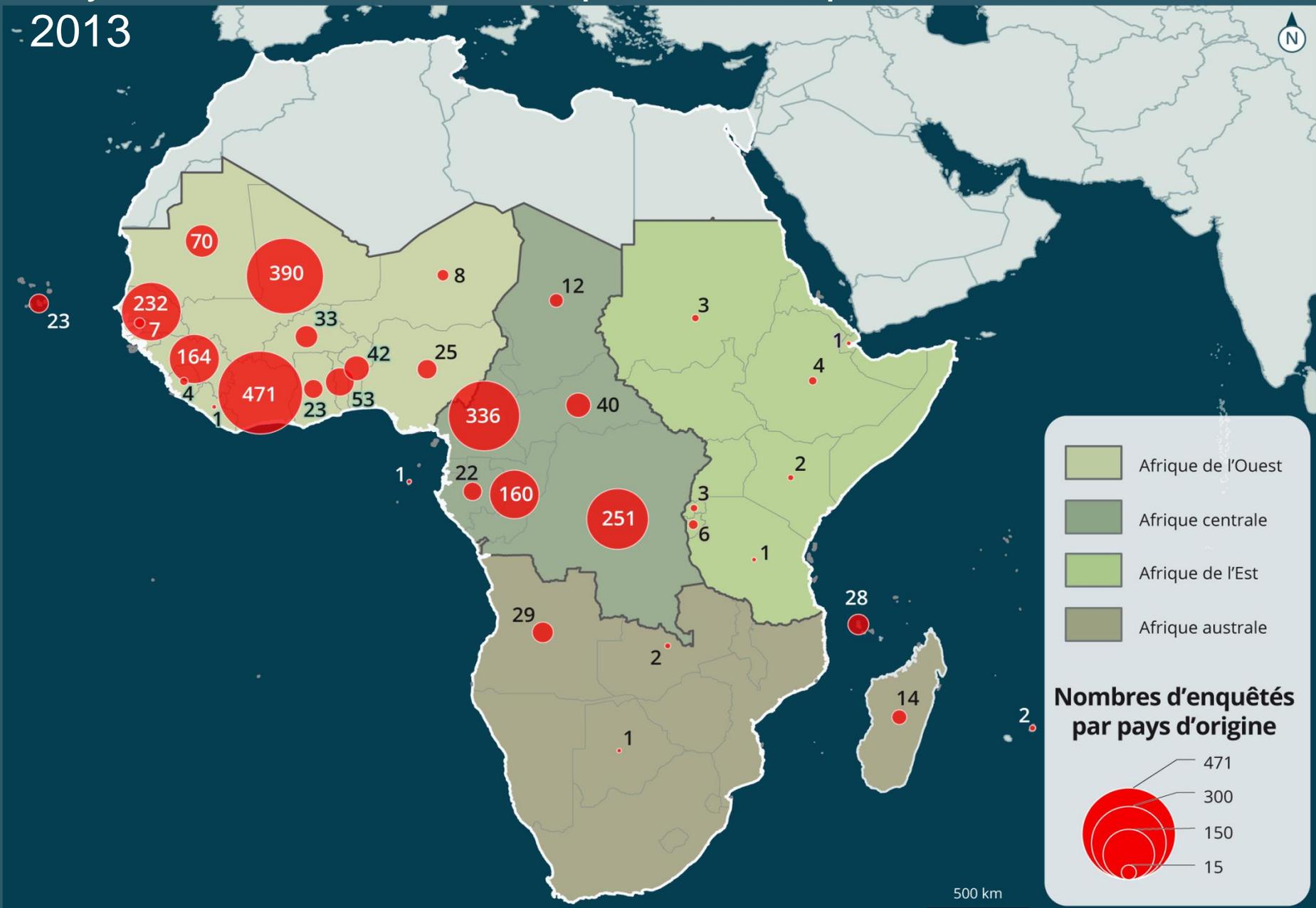
Tab : 9 questionnaires qui ont été fait dans une autre langue avec un interprète

N° Centre	Type de centre	Langue
Hôpital La pitié Salpêtrière	VHB	MANDINGUE
Hôpital La pitié Salpêtrière	VHB	SONINKE
Centre médico-social "COMEDE"	MG	SONINKE
Centre médico-social "COMEDE"	MG	bambara
Centre médico-social "COMEDE"	MG	peul Guinée
CHU SAINT ANTOINE	VHB	SONINKE
Centre médico-social	MG	LINGALA
PASS GH Pitié-Salpêtrière	MG	SENEGALAI SE
PASS Hôpital Saint-Louis	MG	MALINKE

Conclusions de la collecte

- **Une enquête biographique combinaison CAPI / Grille papier qui a très bien fonctionné.**
- **Une enquête bien reçue par les migrants.**
- **Une enquête dans les centres de santé (hors système hospitalier) : difficile mais faisable.**

Pays de naissance des enquêtés – Enquête Parcours – 2012-2013

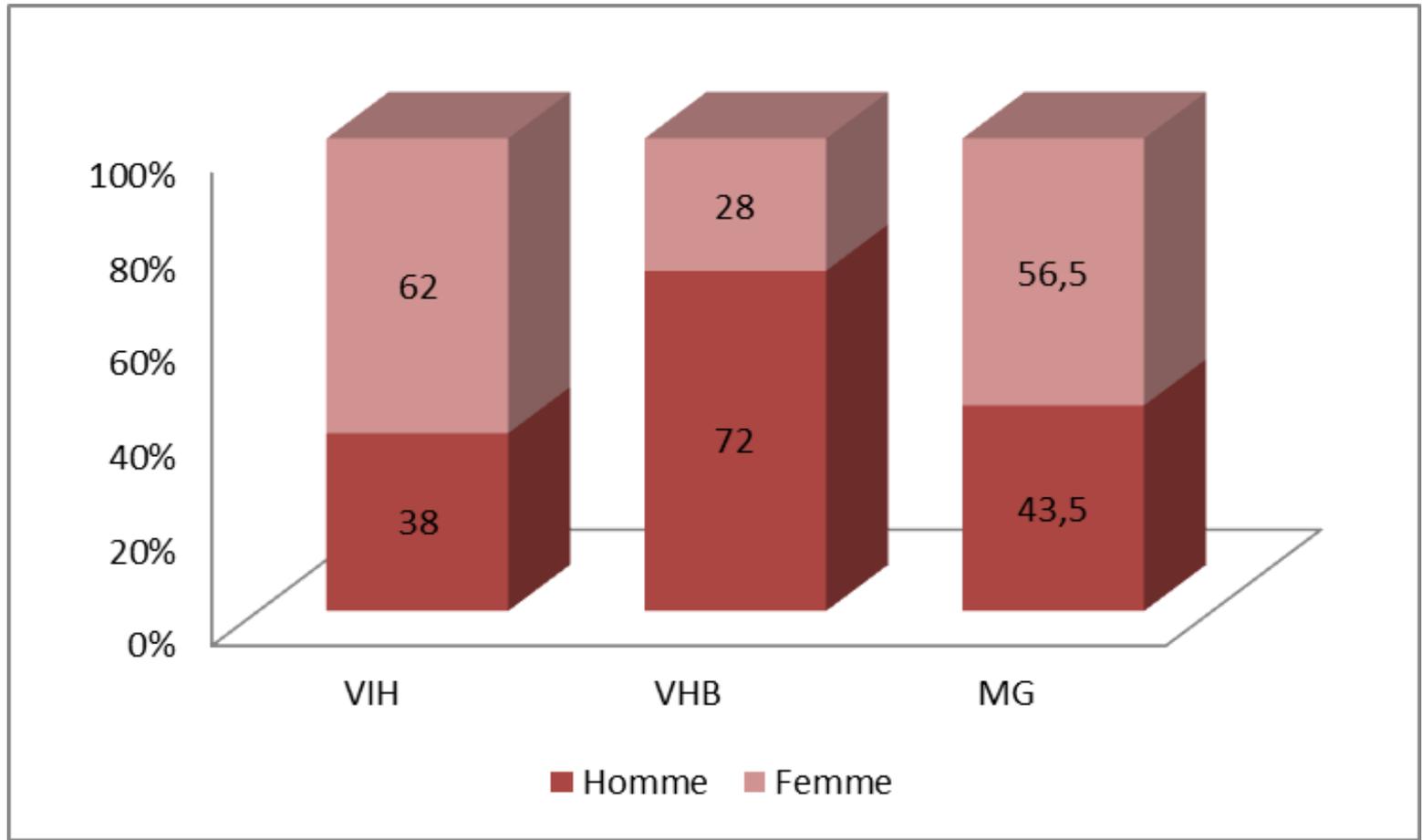


La population enquêtée: trois groupes - des échantillons représentatifs -

	Groupe VIH	Groupe Hépatite B	Groupe médecine générale
	24 services hospitaliers	20 services hospitaliers	30 centres de santé (dont 5 PASS et Comede, Caso)
Effectif	926 (38%H, 62%F)	779 (72%H, 28%F)	763 (43% H, 57%F)
Age médian	43 IQR[36-49]	39 IQR[32-45]	41 IQR[31-49]
Etudes secondaires ou supérieures	81%	71%	78%
Année med. arrivée en France	2001	2002	2001
Année med. du diagnostic	2004	2007	-
Nationalité française	17%	19%	25%
Sans titre de séjour	8%	25%	17%

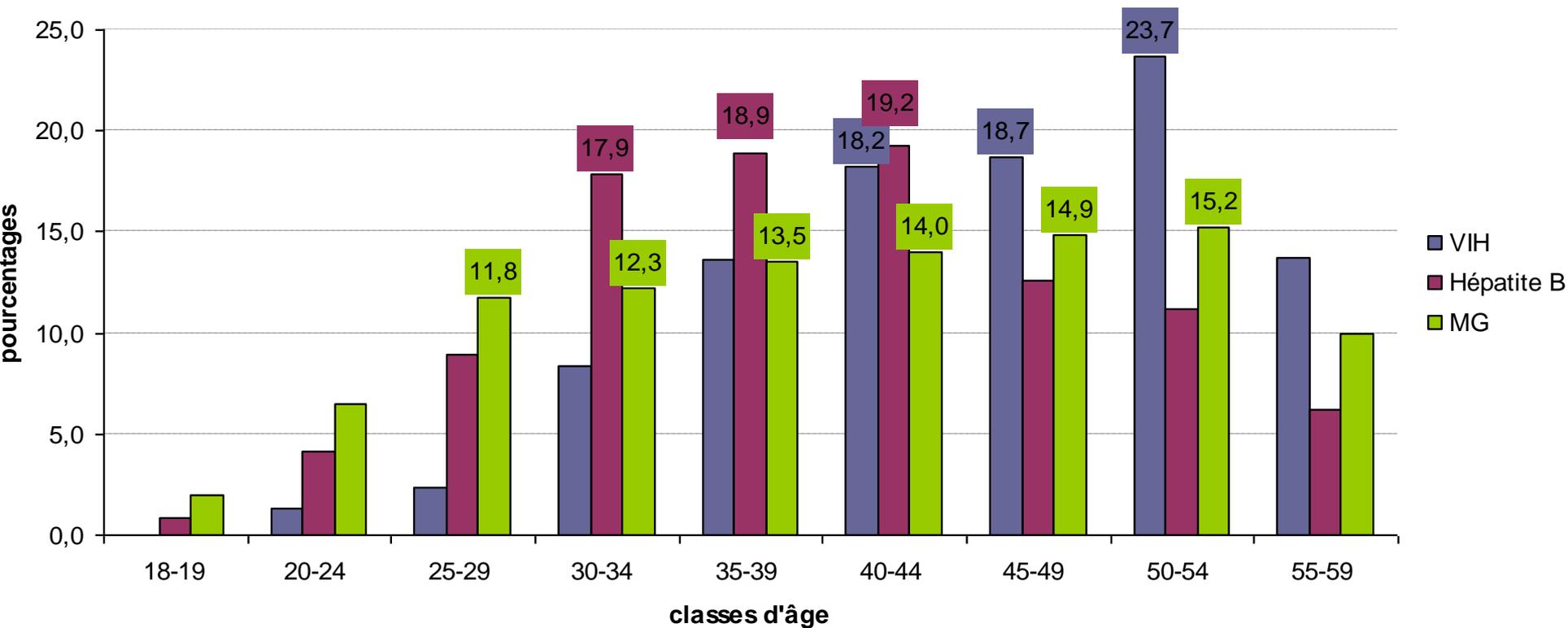
Caractéristiques sociodémographiques

Répartition par sexe selon le groupe



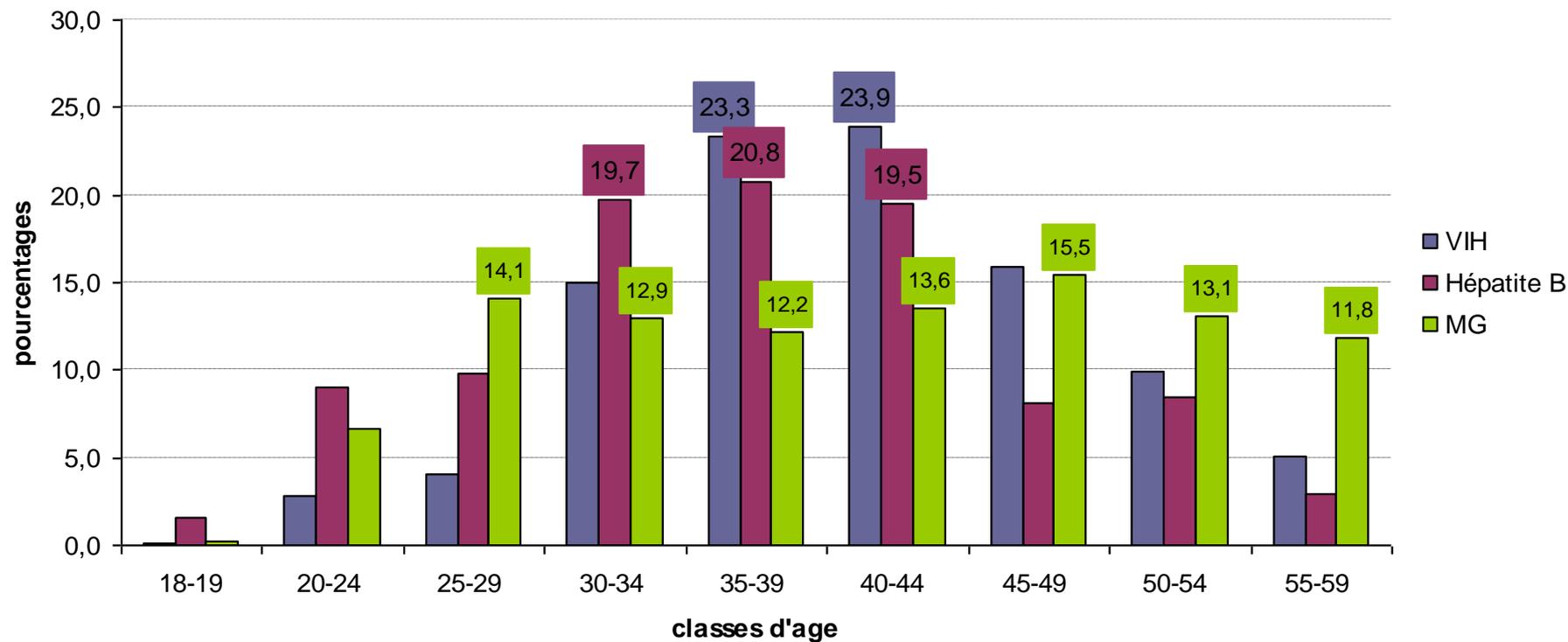
Ages quinquennaux

☐ Les hommes



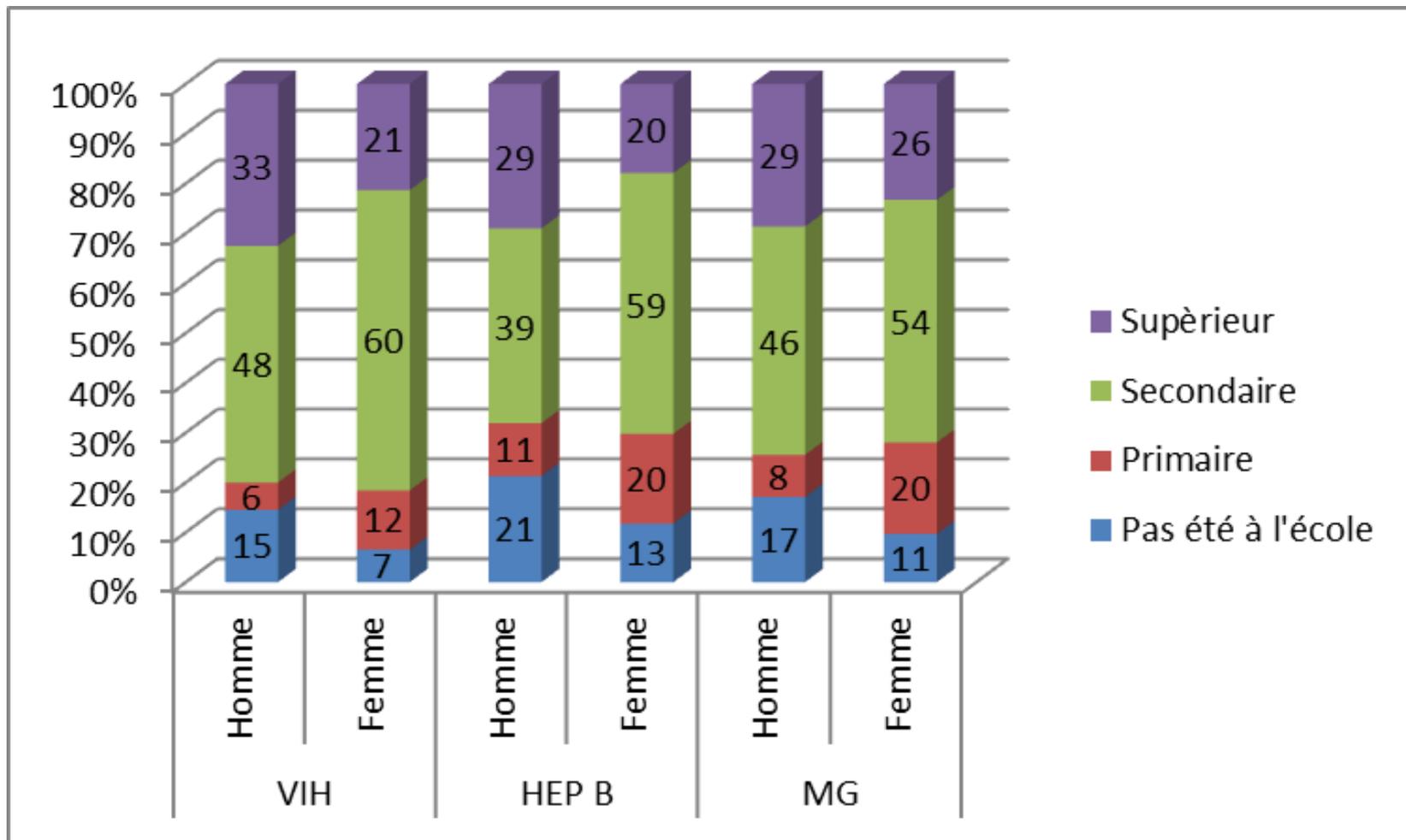
Ages quinquennaux

☐ Les femmes



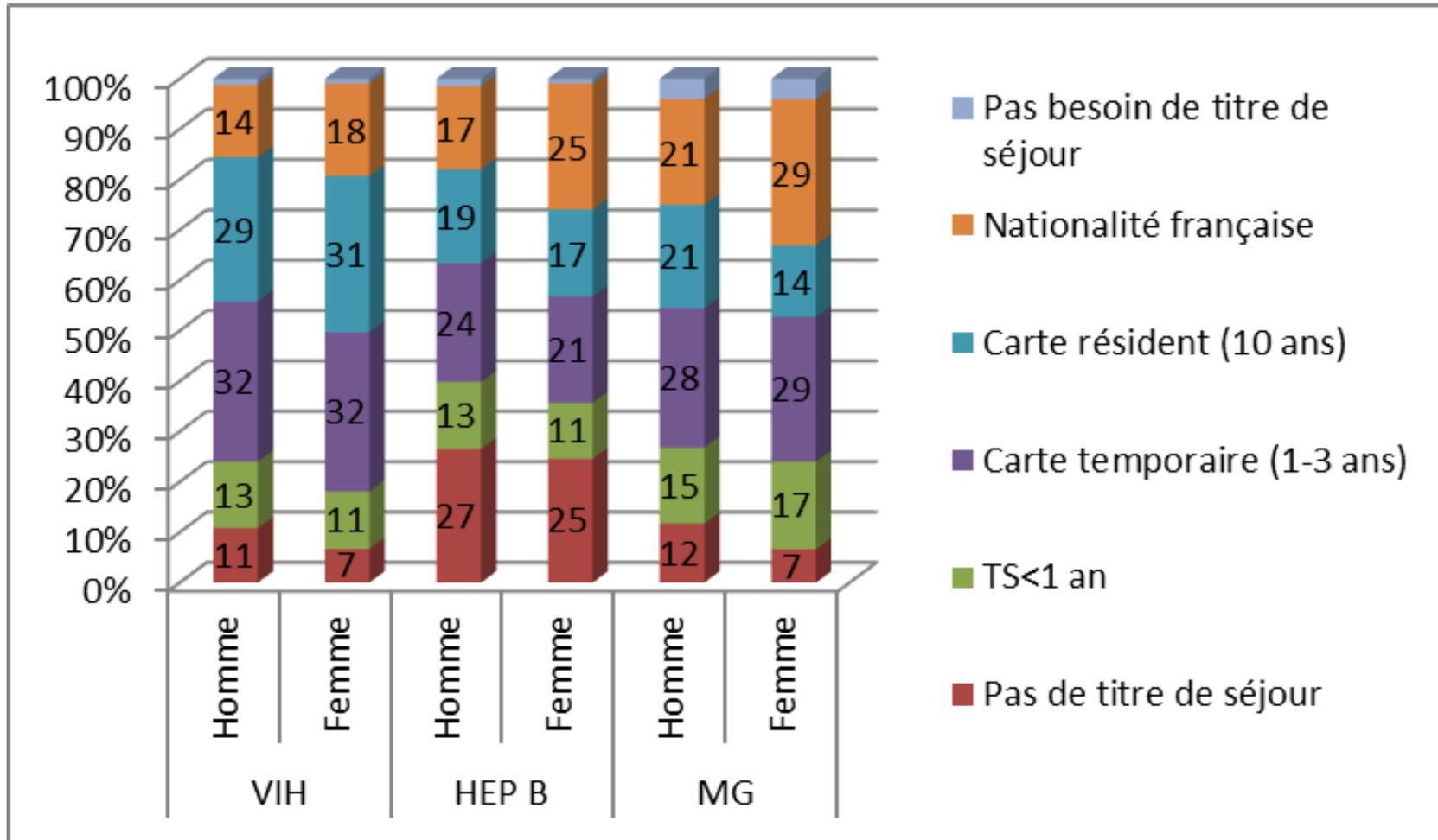
Caractéristiques sociodémographiques

Niveau d'instruction



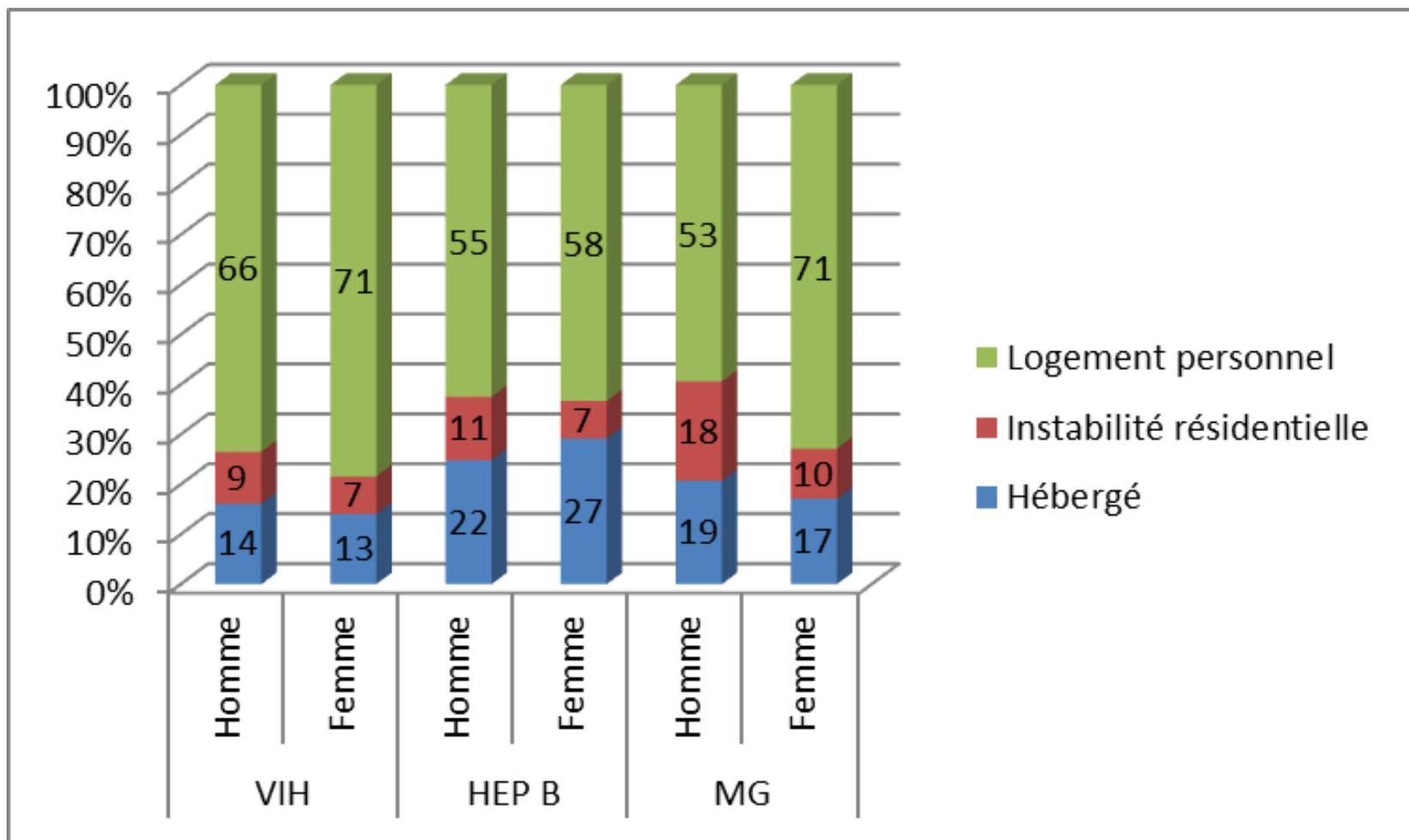
Caractéristiques sociodémographiques

Statut administratif (au moment de l'enquête)

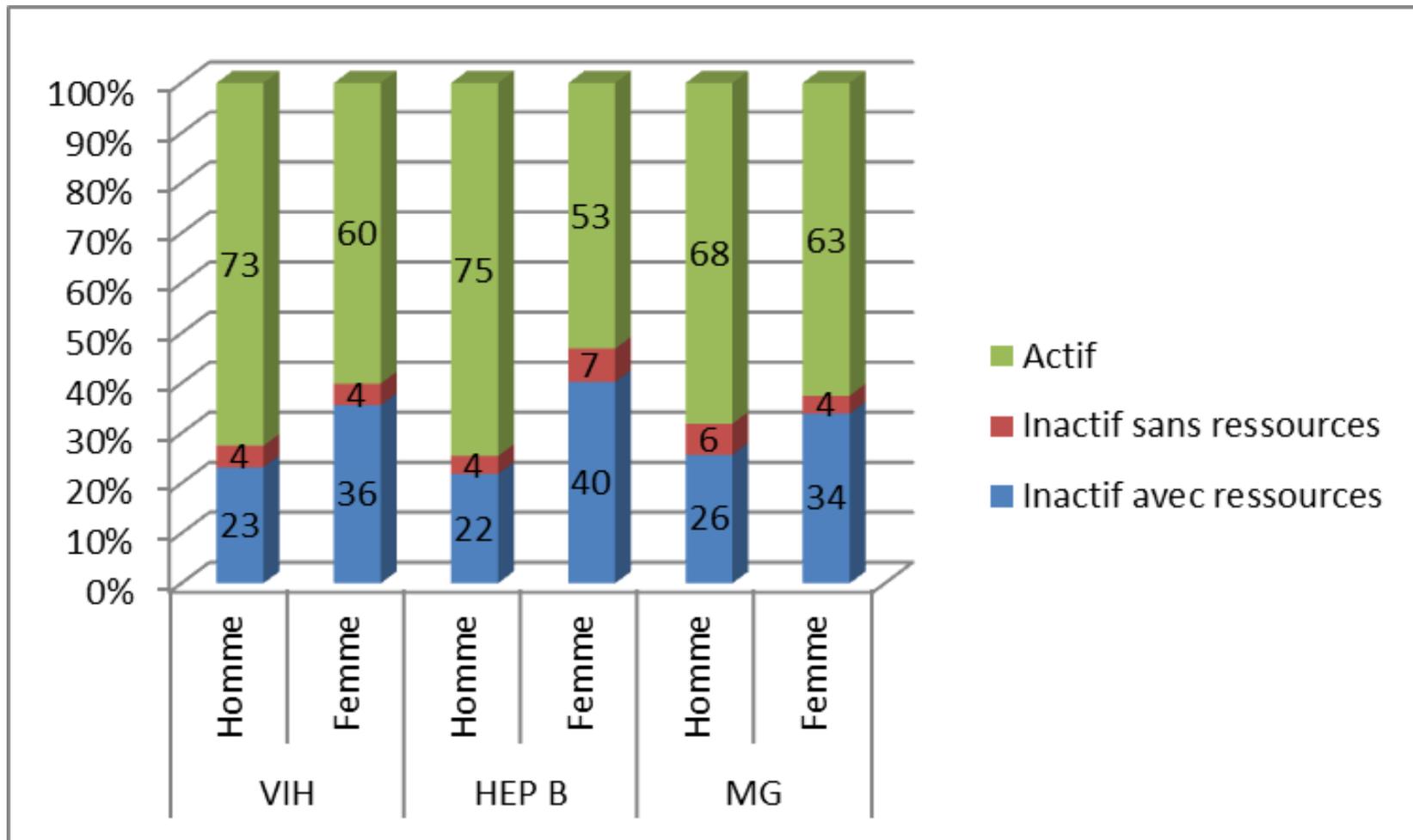


Caractéristiques sociodémographiques

Nature du logement lors de l'enquête



Caractéristiques sociodémographiques : *Activité et ressources*



Quelques questions de santé publique auxquelles ces données permettent de répondre...

- Infection VIH chez les Africains : avant ou après la migration ?

- A l'arrivée en France :

Combien de temps avant d'être dépisté pour le VIH (et hep B) ?
Comment ces dépistages s'articulent avec le processus d'installation ?

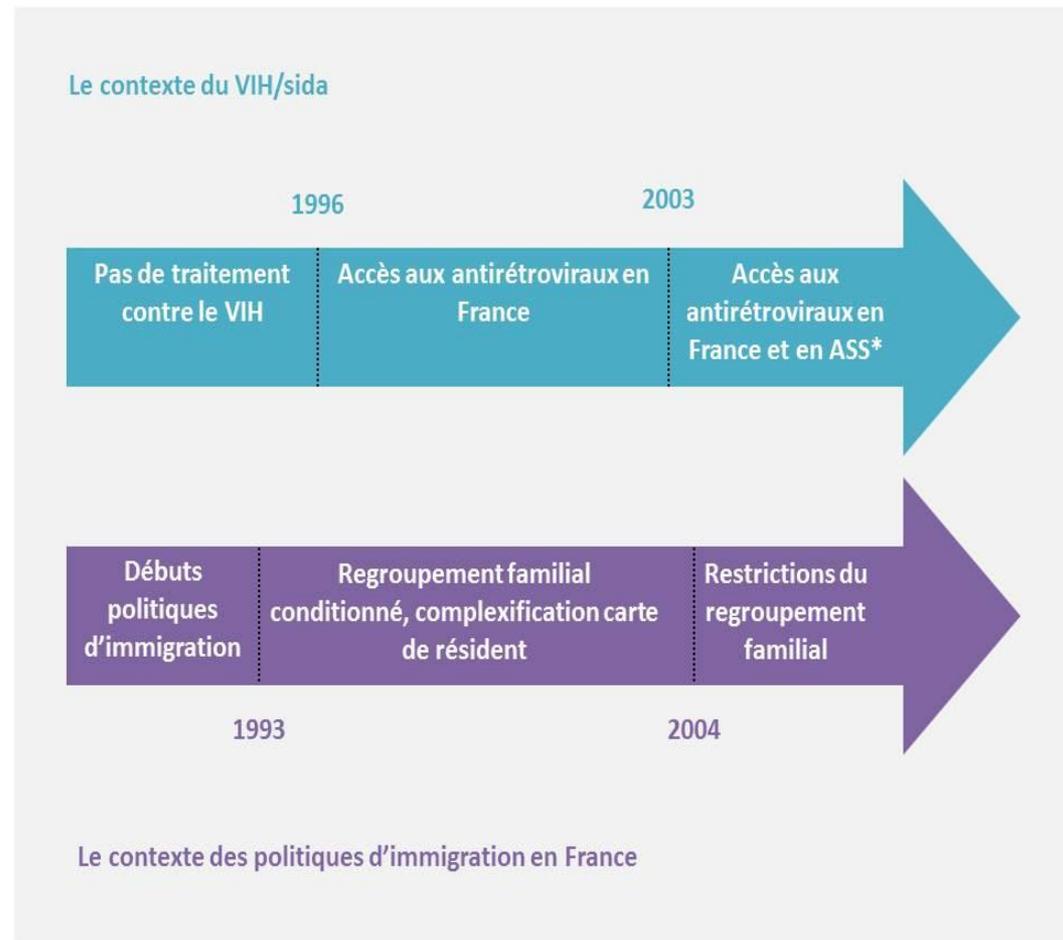
Quand accède-t-on à une couverture maladie ?

- Installation et précarité :

Quel impact sur les risques sexuels ?

Les différentes temporalités à prendre en compte

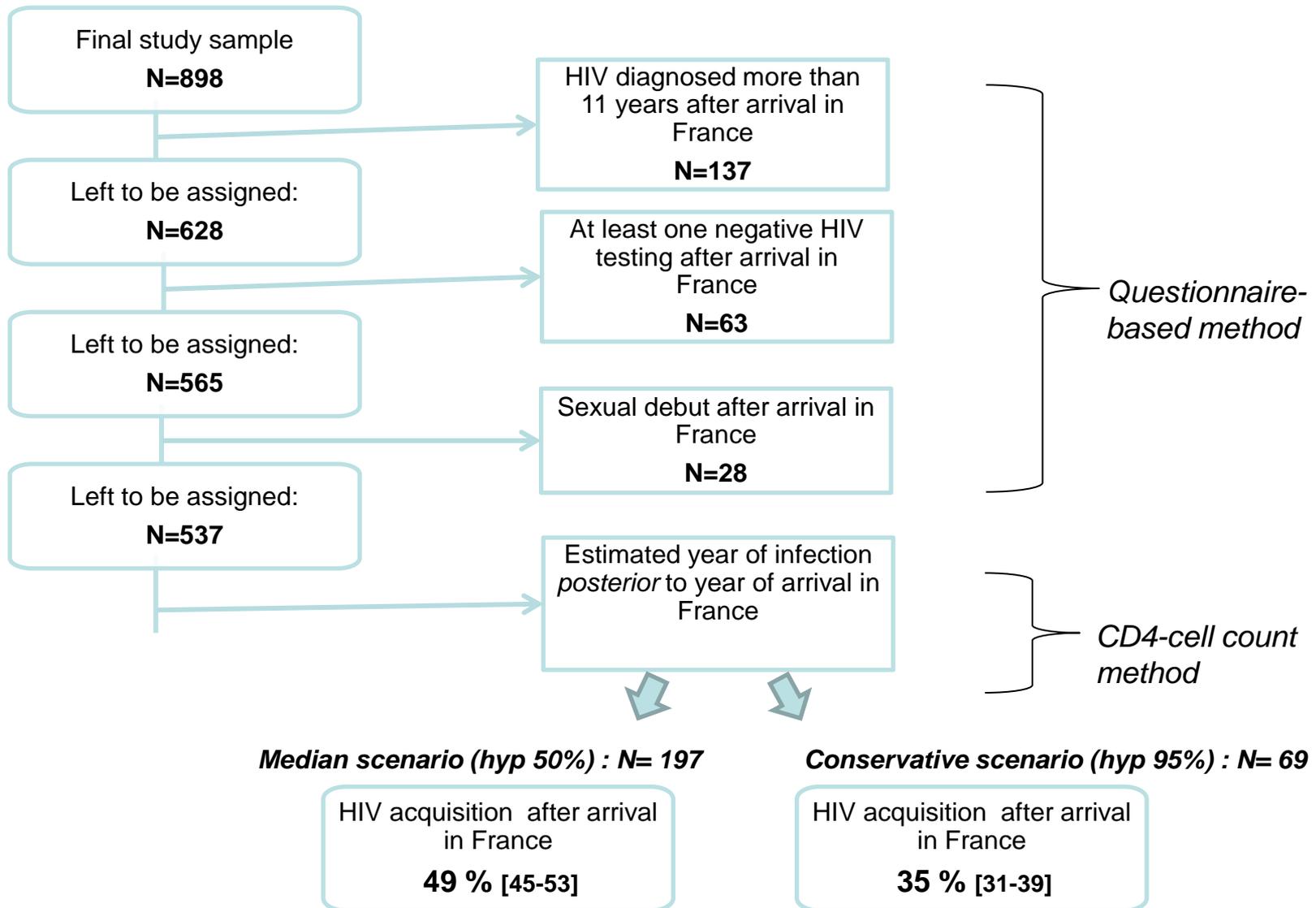
- Temps individuel :
 - Age
 - Temps de l'installation en France
- Temps calendaire :
 - Temps de la médecine
 - Temps des politiques



1. Estimation de l'acquisition du VIH en France

- Groupe VIH
- **Combinaison d'informations biographiques et biologiques** pour déterminer si l'infection a eu lieu avant ou après l'arrivée en France
 - Diagnostic 11 ans et + après l'arrivée
 - Test VIH négatif en France
 - Début des relations sexuelles en France
 - PUIS pour ceux qui restent : estimation du délai entre le l'infection et le diagnostic à partir du nombre de CD4 au diagnostic, en utilisant une modélisation de l'évolution des CD4 faite à partir d'une cohorte africaine (PRIMO CI, Côte d'Ivoire) (Ndawinz et al. [BWHO, 2015](#))





(Desgrees du Lou *et al.* Eurosurveillance 2015)

Table 1 : Estimated proportion according to sociodemographic characteristics and period of diagnosis (Conservative hypothesis).

	Men		Women	
	Weighted %	p-value	Weighted %	p-value
Overall	44		30	
Age at arrival in France				
<25 years	78	<0.001	54	<0.001
25-34 years	44		25	
35 years or older	20		8	
Number of years in France prior to diagnosis				
0 to 2	10	<0.001	5	<0.001
3 to 5	19		23	
6 to 9	54		53	
10 or more	94		86	
Country of birth				
Cameroon	31	0.14	24	0.04
Mali	55		55	
Côte d'Ivoire	29		24	
Congo RDC	44		20	
Congo Brazzaville	46		28	
Others	49		30	

Pas d'effet de la période de diagnostic : résultats similaires sur diagnostics récents

Conclusion

- Près de la moitié des migrants subsahariens vivant avec le VIH ont été infectés après leur arrivée en France
- Particulièrement les hommes
- Estimation supérieure à celle faite au Royaume Uni : 49% ici vs 31% UK (Rice et al, 2012)

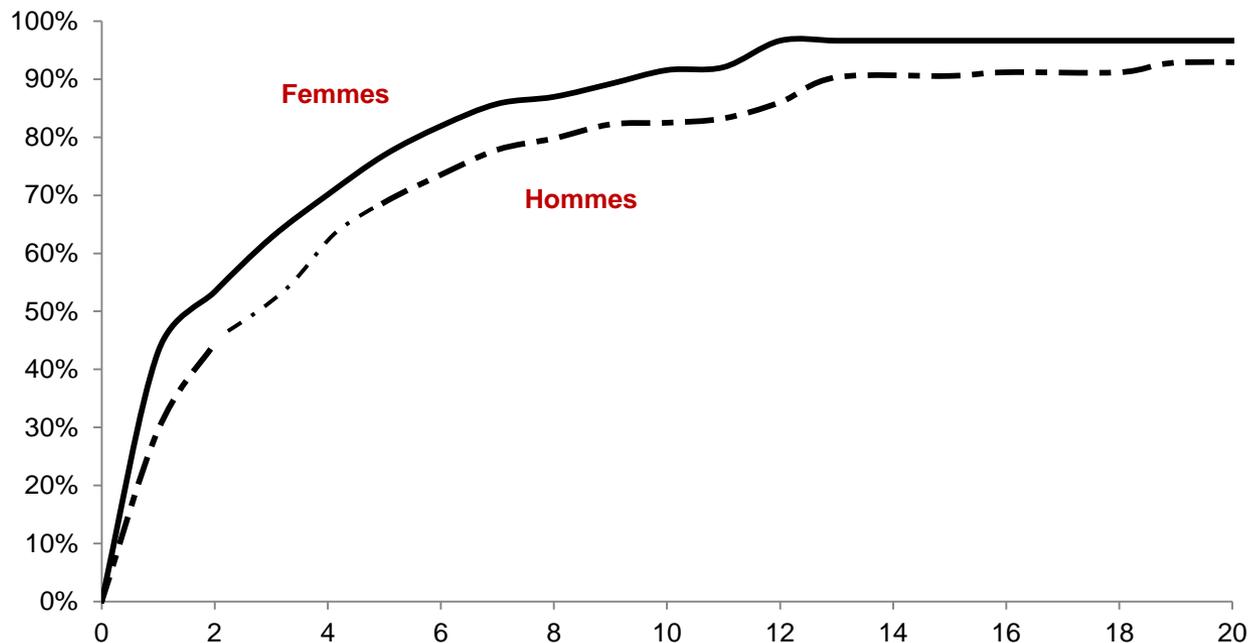
→ Nécessité de prévenir les nouvelles infections chez les migrants, et pas seulement de faciliter leur accès au diagnostic et aux soins

2. Analyser la dynamique de l'installation, du dépistage et de l'accès à une couverture maladie

- Comment caractériser l'installation?
 - Accès à des besoins « basiques »
 - L'installation est un processus à plusieurs dimensions (logement, papiers, travail)

Dimension	Indicateur
Logement	Premier logement personnel
Titre de séjour	Premier titre de séjour d'au moins 1 an
Travail et ressources	Première activité qui permet d'être indépendant financièrement pendant 1 an
Indicateur combiné	Premier accès aux trois éléments d'installation (logement+papiers+travail)

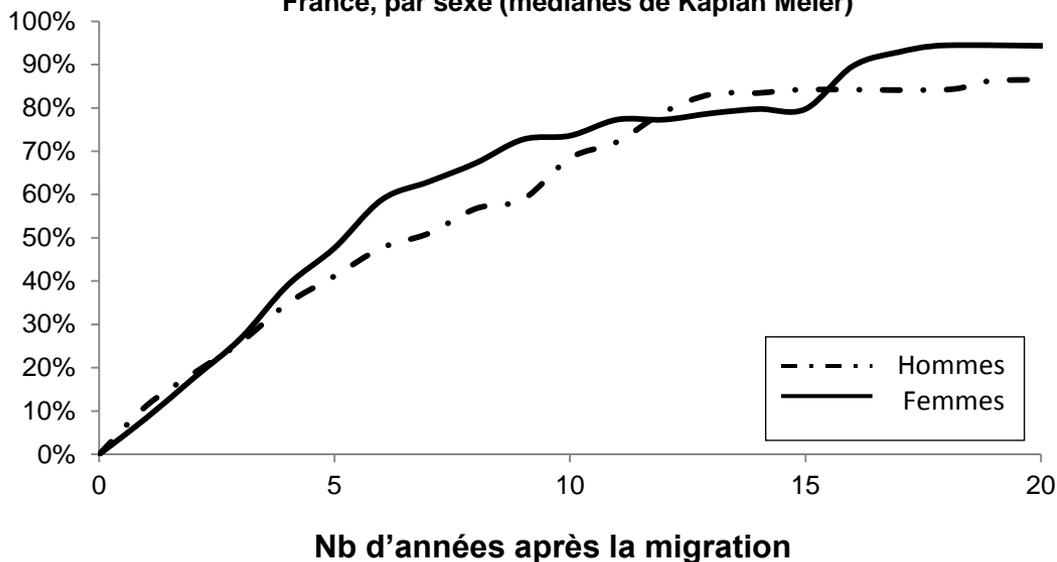
Accès au premier logement personnel, selon le nb d'années passées en France, par sexe



	Hommes	Femmes	p-value h/f
Médiane Kaplan Meier IIQ (25%;75%)	3 (1 ; 7)	2 (1 ; 5)	**

Une longue période de précarité...

Accès à l'installation (au titre de séjour d'au moins un an, au logement personnel et à une activité génératrice de revenus propres) selon le nombre d'années passées en France, par sexe (médianes de Kaplan Meier)



Nb d'années nécessaire pour avoir accès aux éléments d'installation (médianes)

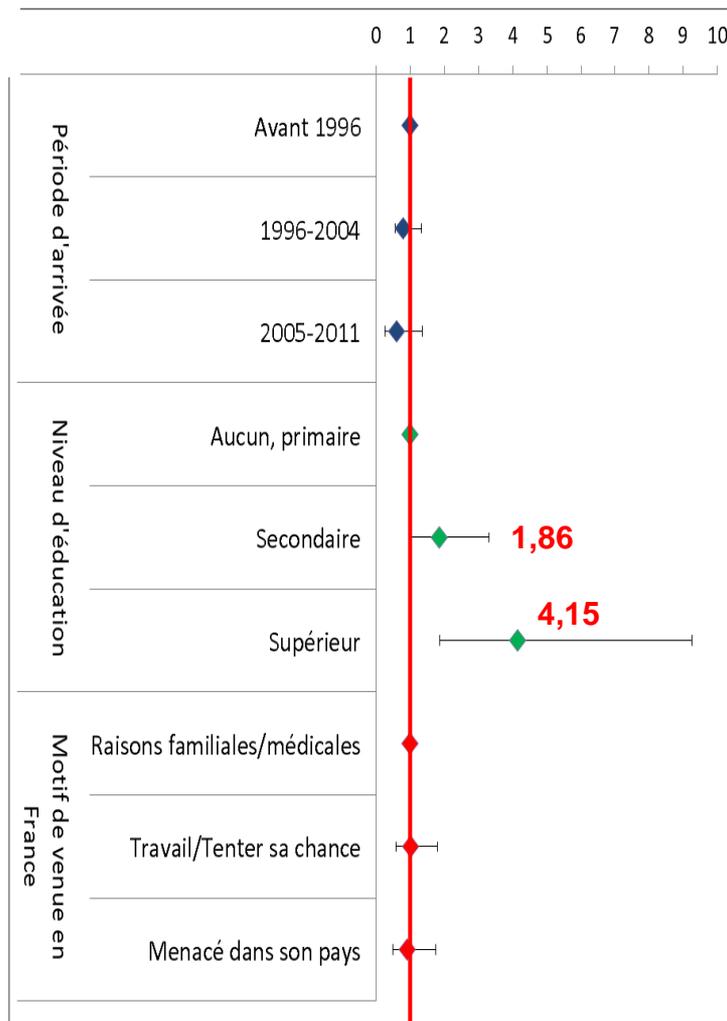
	Hommes	Femmes
Installation (3 éléments)	7	6
Premier logement personnel	3	2
Premier titre de séjour >=1an	4	3
Première activité/indepce financière	2	4

- Les migrants subsahariens connaissent une longue période d'insécurité
- La séquence d'installation est différente pour les hommes et les femmes: elle commence par l'activité pour les hommes, par le logement pour les femmes

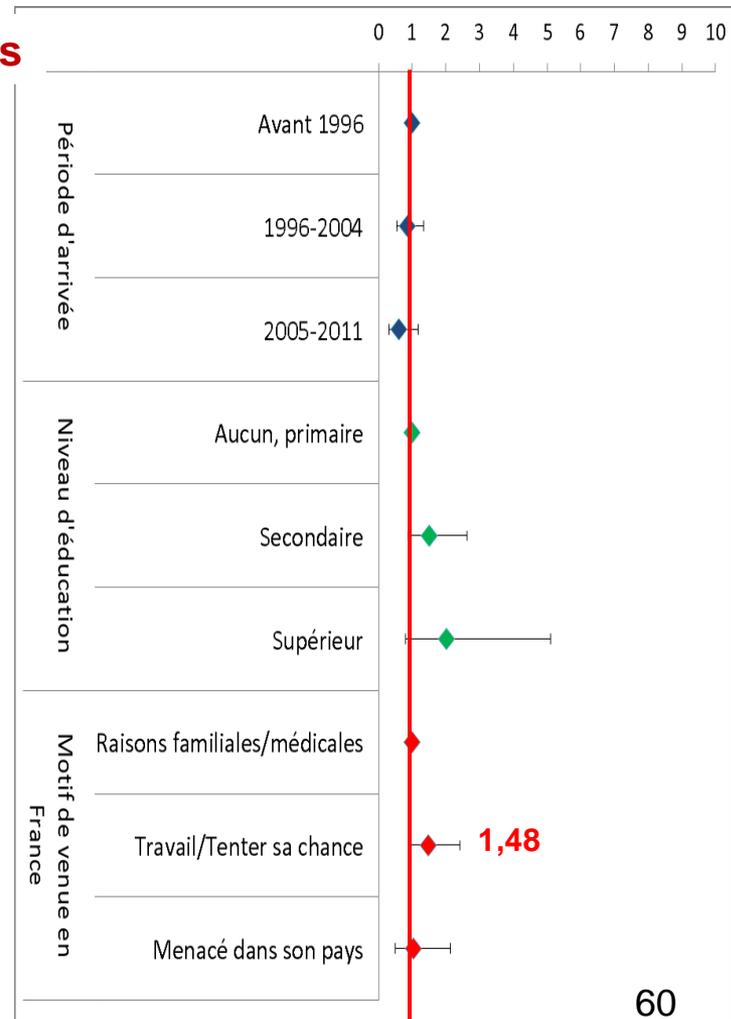
Les Facteurs d'installation *(Modèles de régression à temps discret ajustés les caractéristiques individuelles et du parcours migratoire)*

Probabilité année par année d'avoir obtenu les trois éléments d'installation (logement, titre de séjour, travail)

Hommes



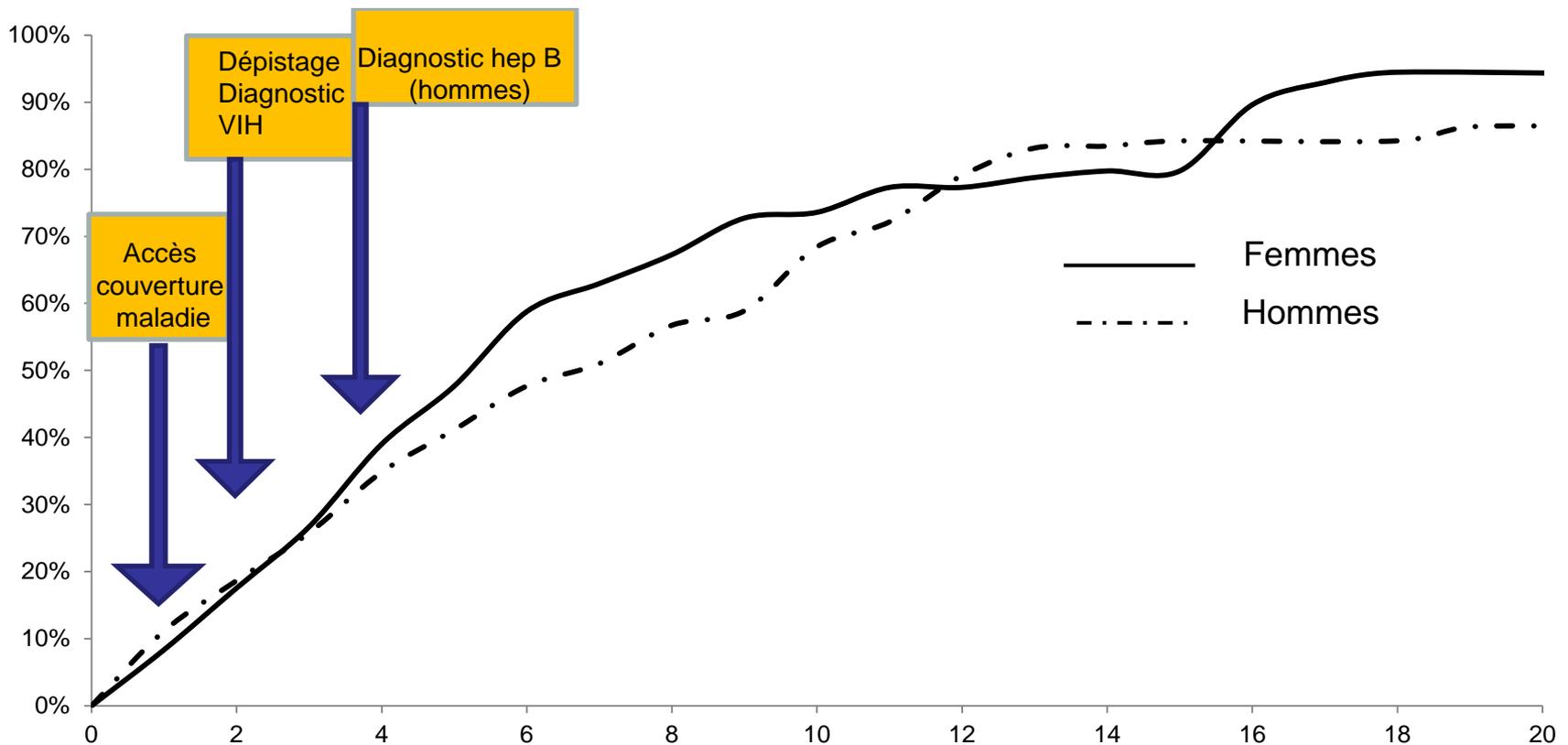
Femmes



Articulation installation-santé :

Un accès rapide à la couverture maladie et aux dépistages du VIH de l'hépatite B ...

	Hommes	Femmes
Accès à une couverture maladie	1 [1-2]	1 [1-2]
1 ^{er} dépistage VIH	2 [1-8]	2 [1-5]
Diagnostic VIH (groupe VIH)	2 [1-4]	2 [1-3]
Diagnostic hépatite B Chronique (groupe hep B)	4 [2-11]	2 [1-5]

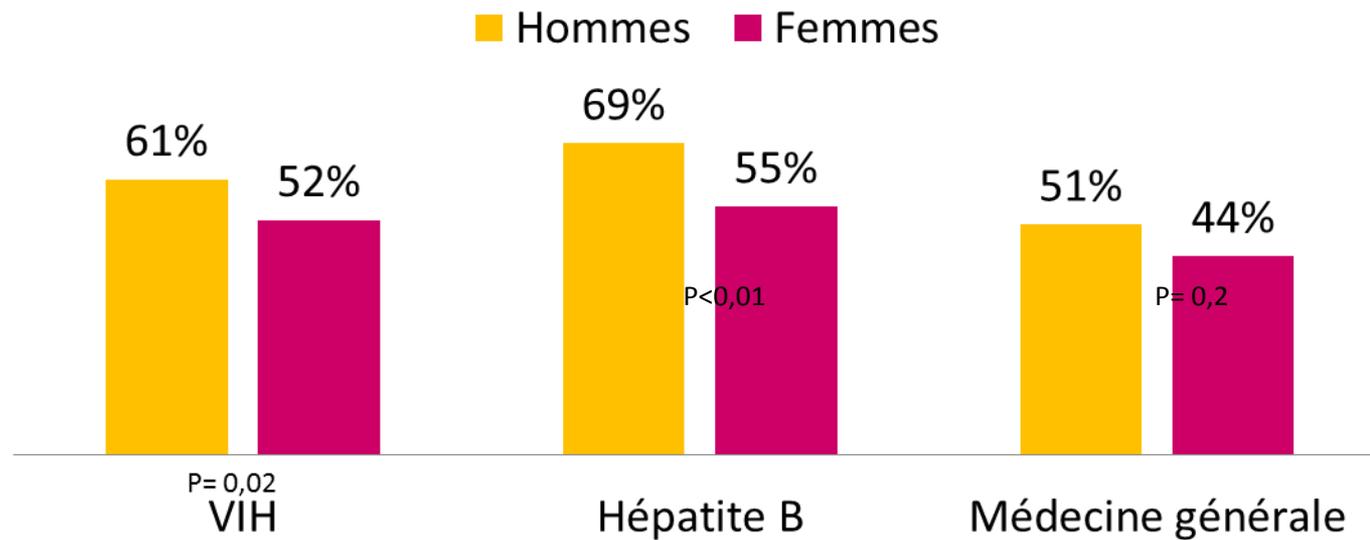


... Mais la précarité vécue lors des années
d'installation peut avoir des effets délétères
sur la santé

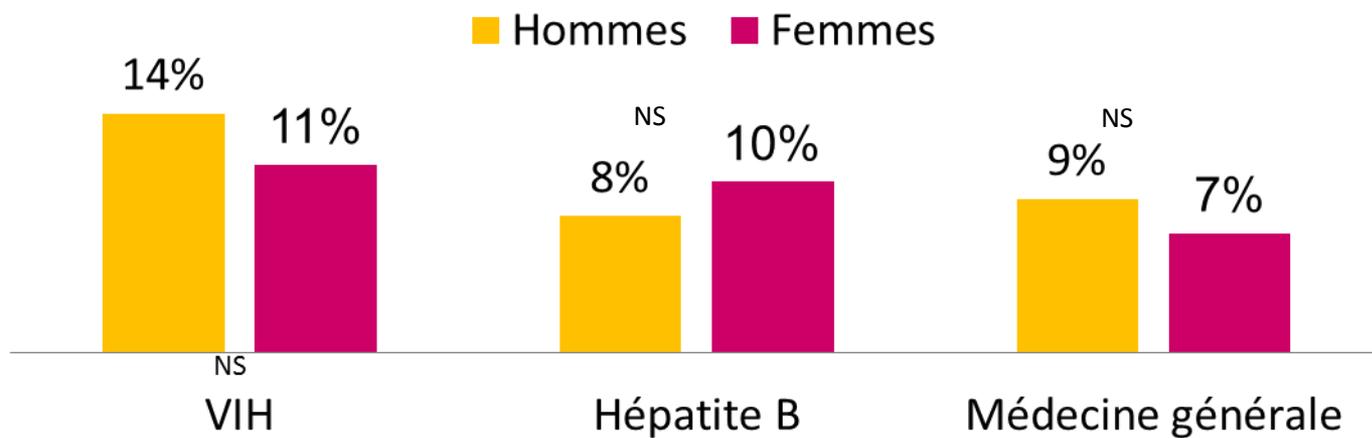


**Expériences de précarité
et
Situations sexuelles potentiellement à risque
depuis l'arrivée en France**

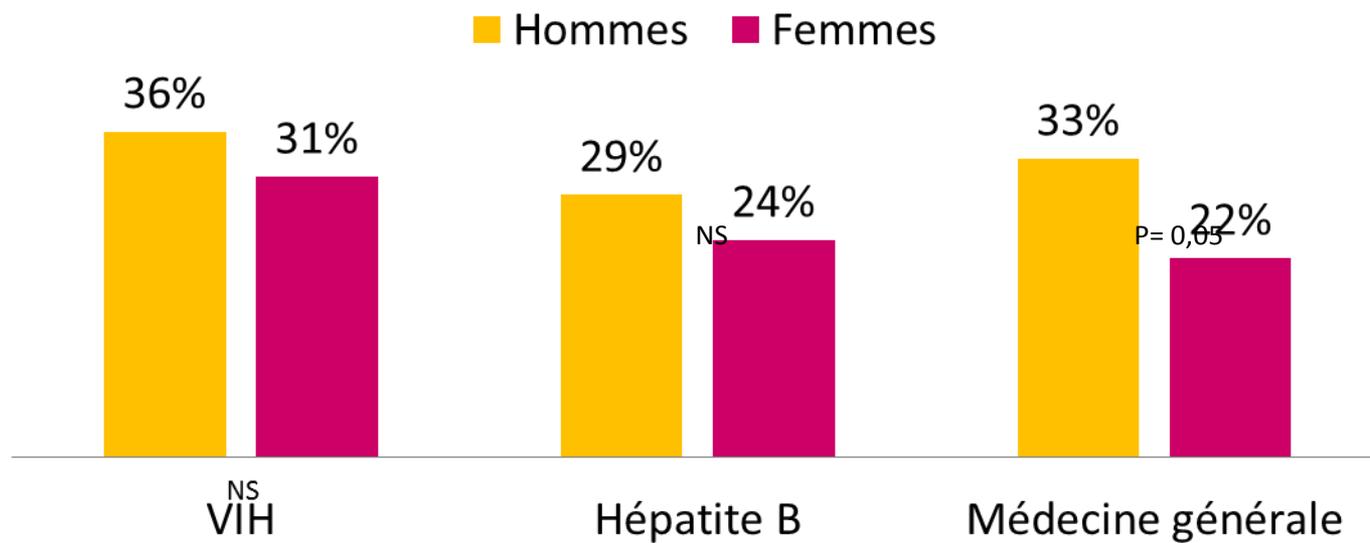
Avoir été sans titre de séjour pendant au moins un an



Avoir été sans ressources pendant au moins un an



Avoir été sans logement stable pendant au moins un an



Expériences de grande précarité de logement

A déjà dormi dans la rue

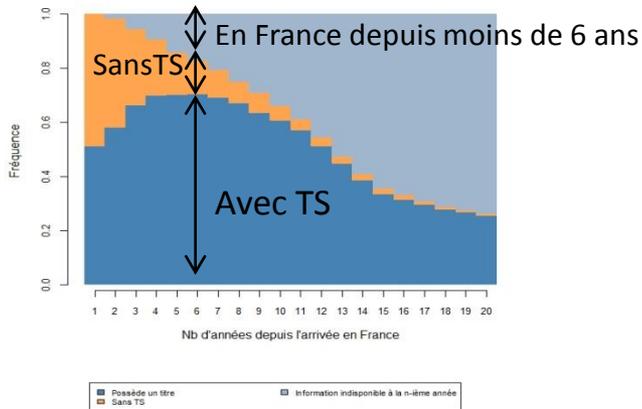
	VIH	Hépatite B	Médecine générale
Hommes	10%	9%	13%
Femmes	6%	4%	6%
p	0,07	0,08	0,01

A déjà dormi dans un squat

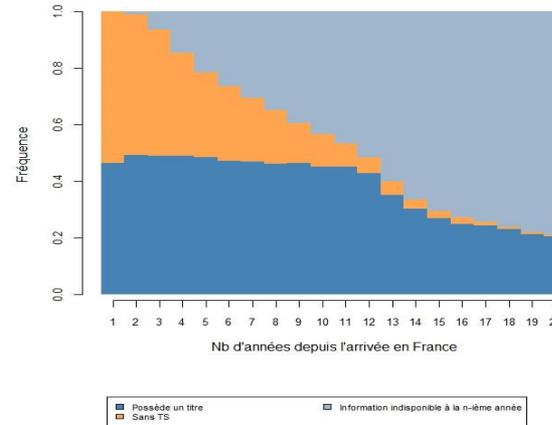
	VIH	Hépatite B	Médecine générale
Hommes	9%	8%	11%
Femmes	7%	5%	3%
p	0,11	0,09	<0,01

Répartition des situations avec/sans titre de séjour, selon l'ancienneté du séjour en France

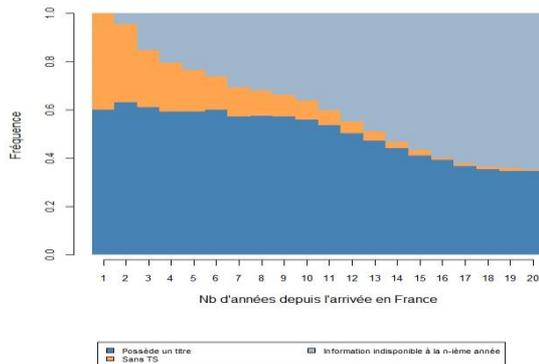
Groupe VIH



Groupe hépatite B

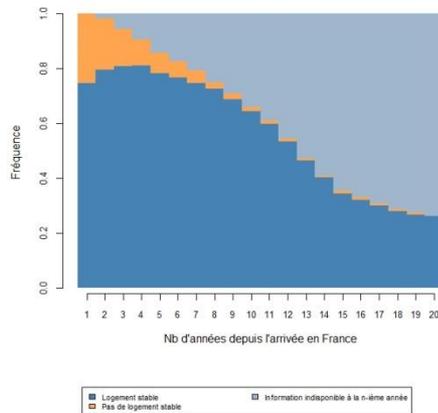


Groupe Médecine générale

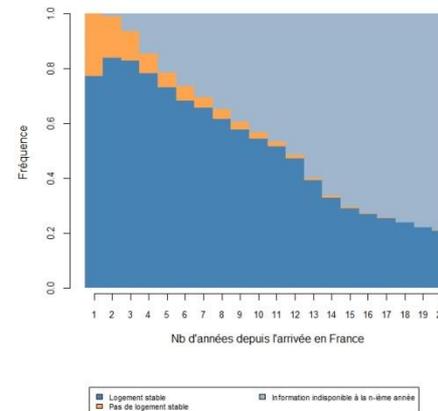


Répartition des situations avec/sans logement stable, selon l'ancienneté du séjour en France

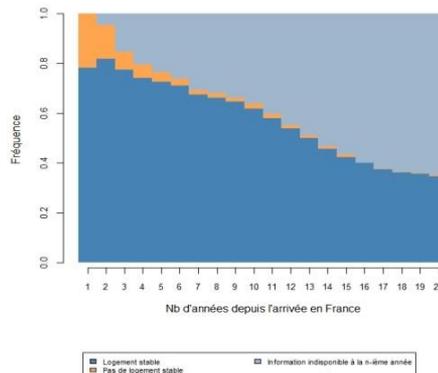
Groupe VIH



Groupe hépatite B

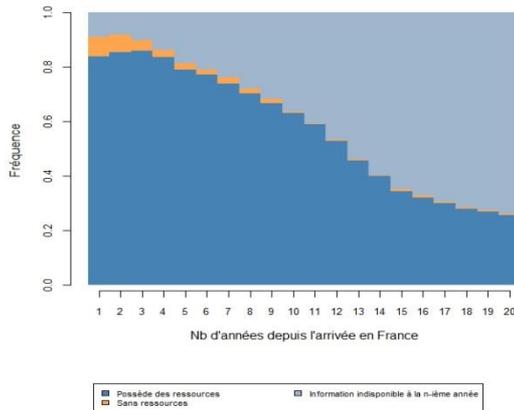


Groupe Médecine générale

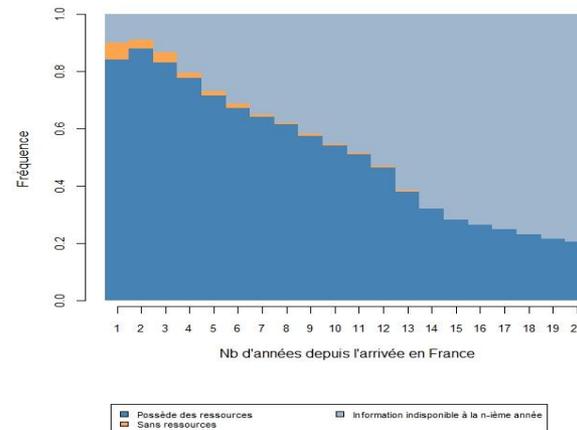


Répartition des situations avec/sans ressources, selon l'ancienneté du séjour en France

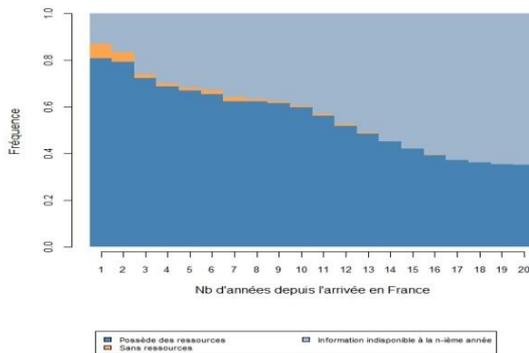
Groupe VIH



Groupe hépatite B



Groupe Médecine générale



CONCLUSION 1

Il existe une vulnérabilité spécifique

- à l'arrivée

- qui dure plusieurs années

→ moment possible de

risques sexuels

difficultés d'accès au diagnostic et aux soins

Relation précarités-situations sexuelles à risque -Méthodologie

Situations sexuelles à risque

Relations occasionnelles

Relations transactionnelles

Rapports forcés

après l'arrivée en France

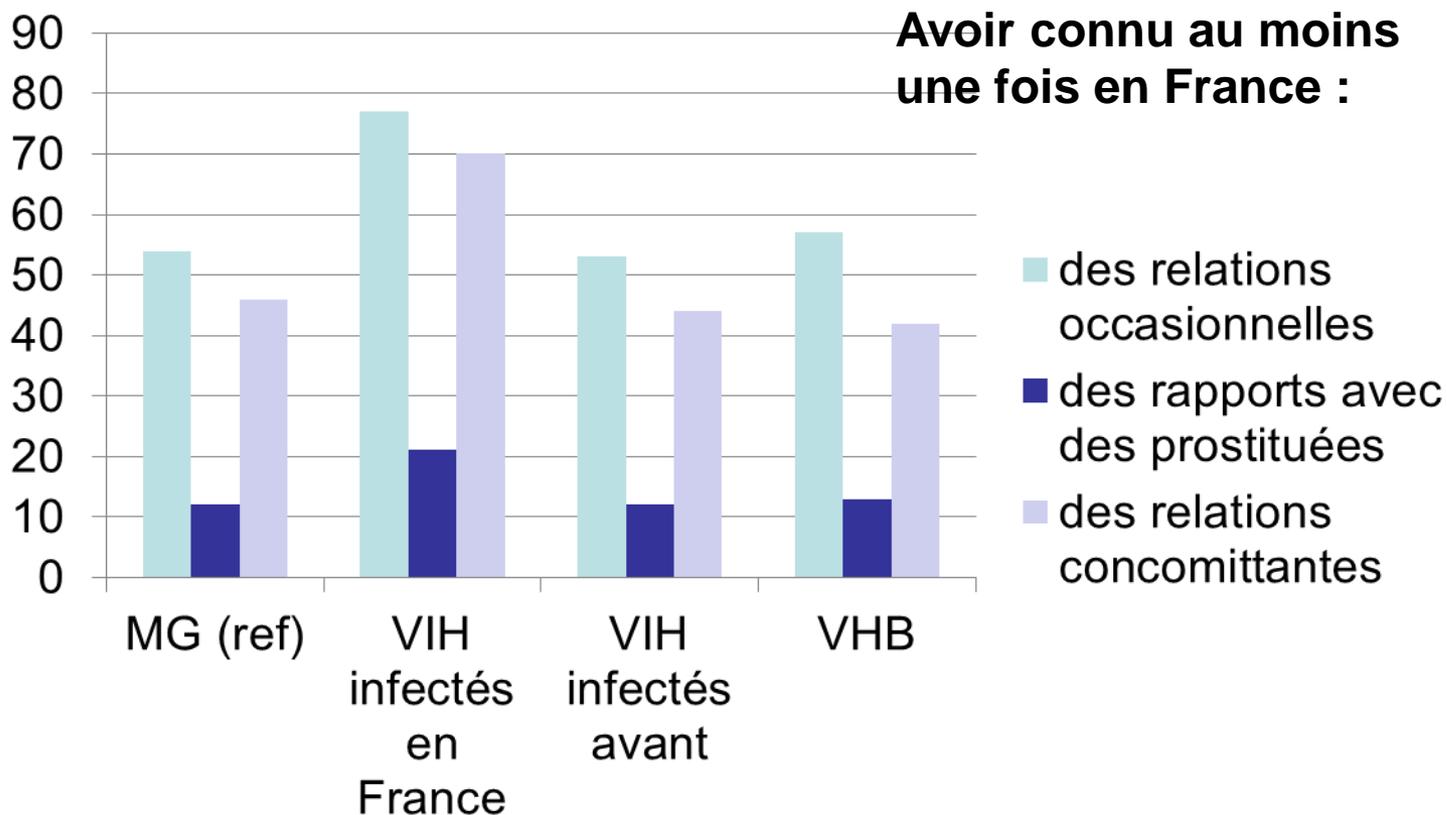
Par

Groupe (VIH infecté en France/
VIH infecté avant/ VHB/ MG)

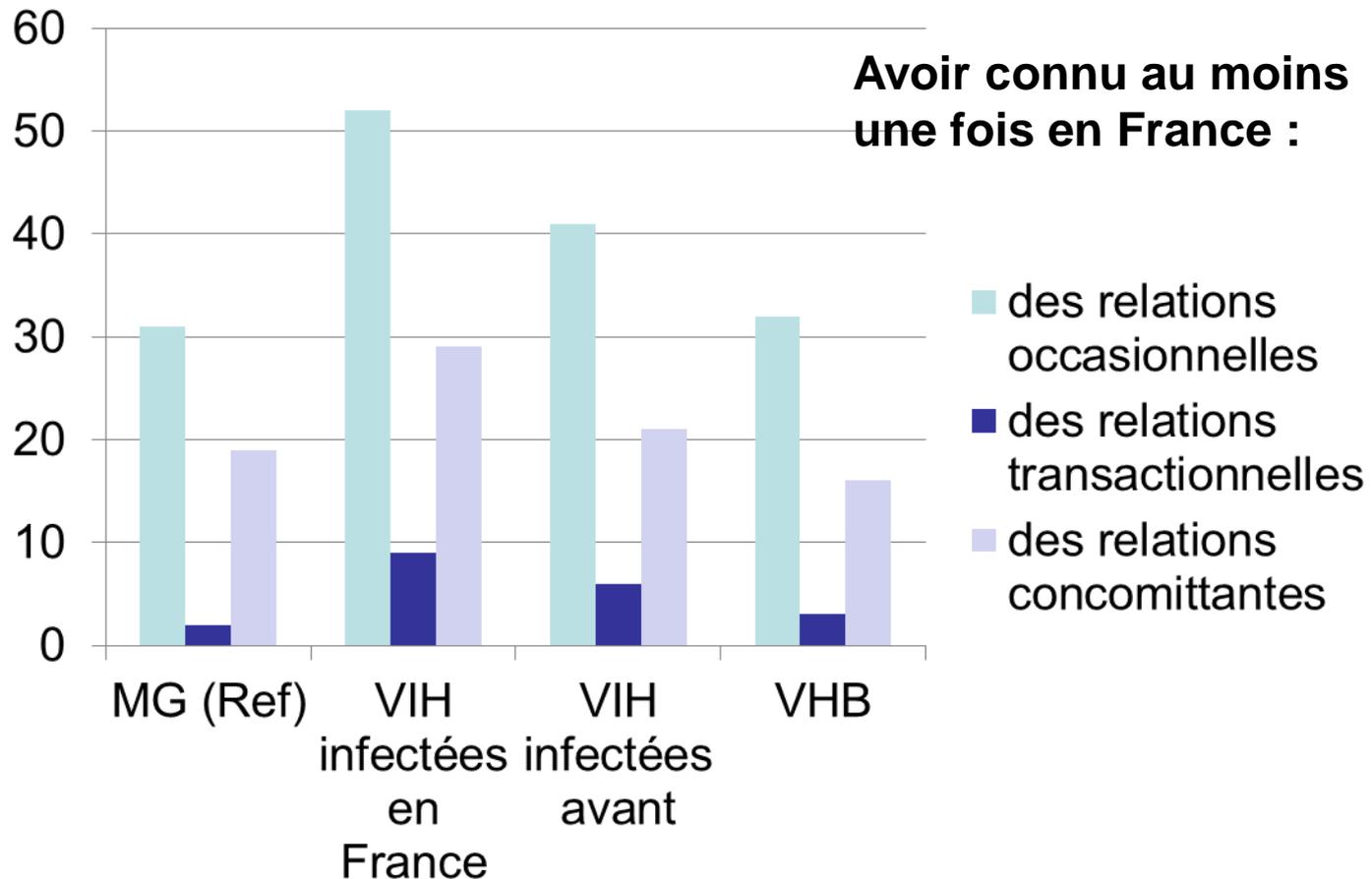
Caractéristiques socio-
démographiques

Situation administrative, résidentielle et financière en France

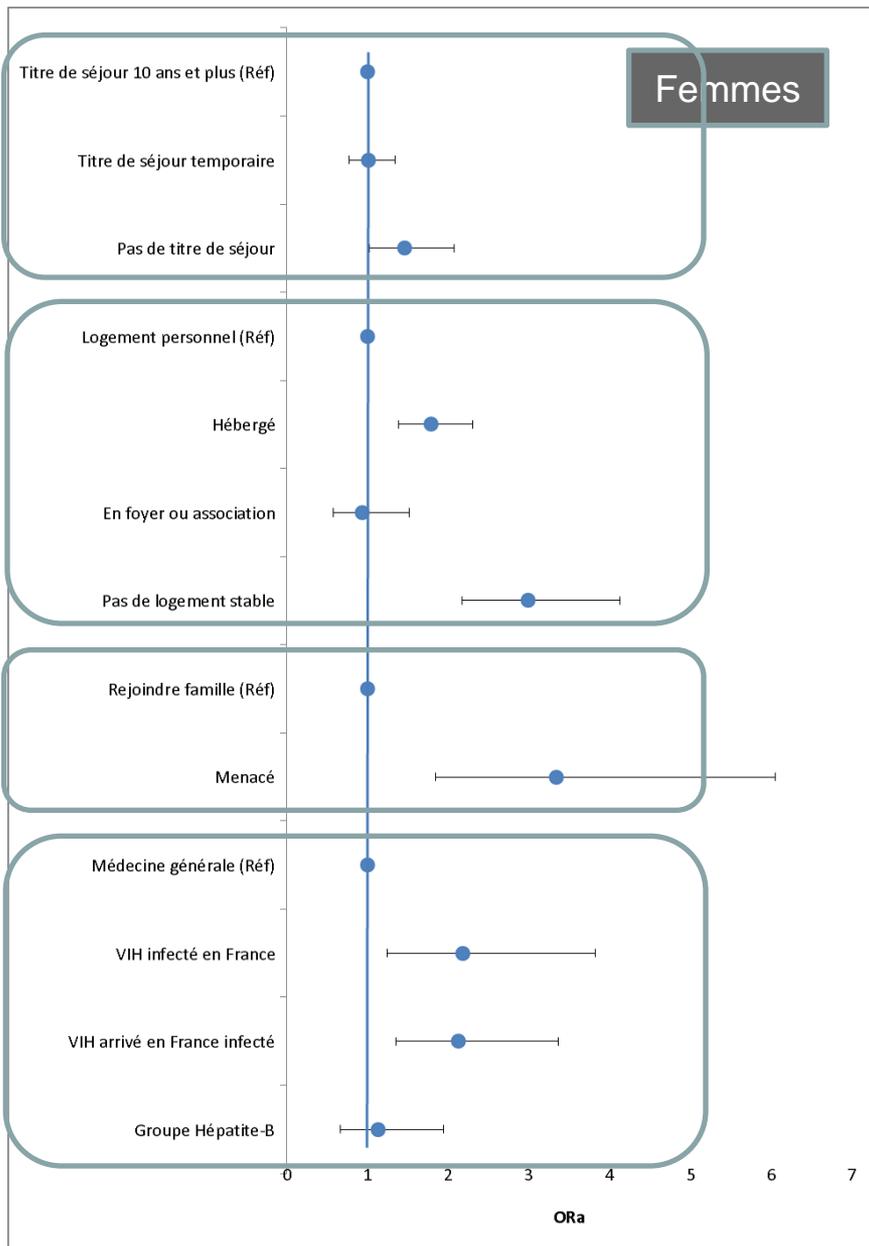
Relations potentiellement à risque selon le groupe d'étude - Hommes



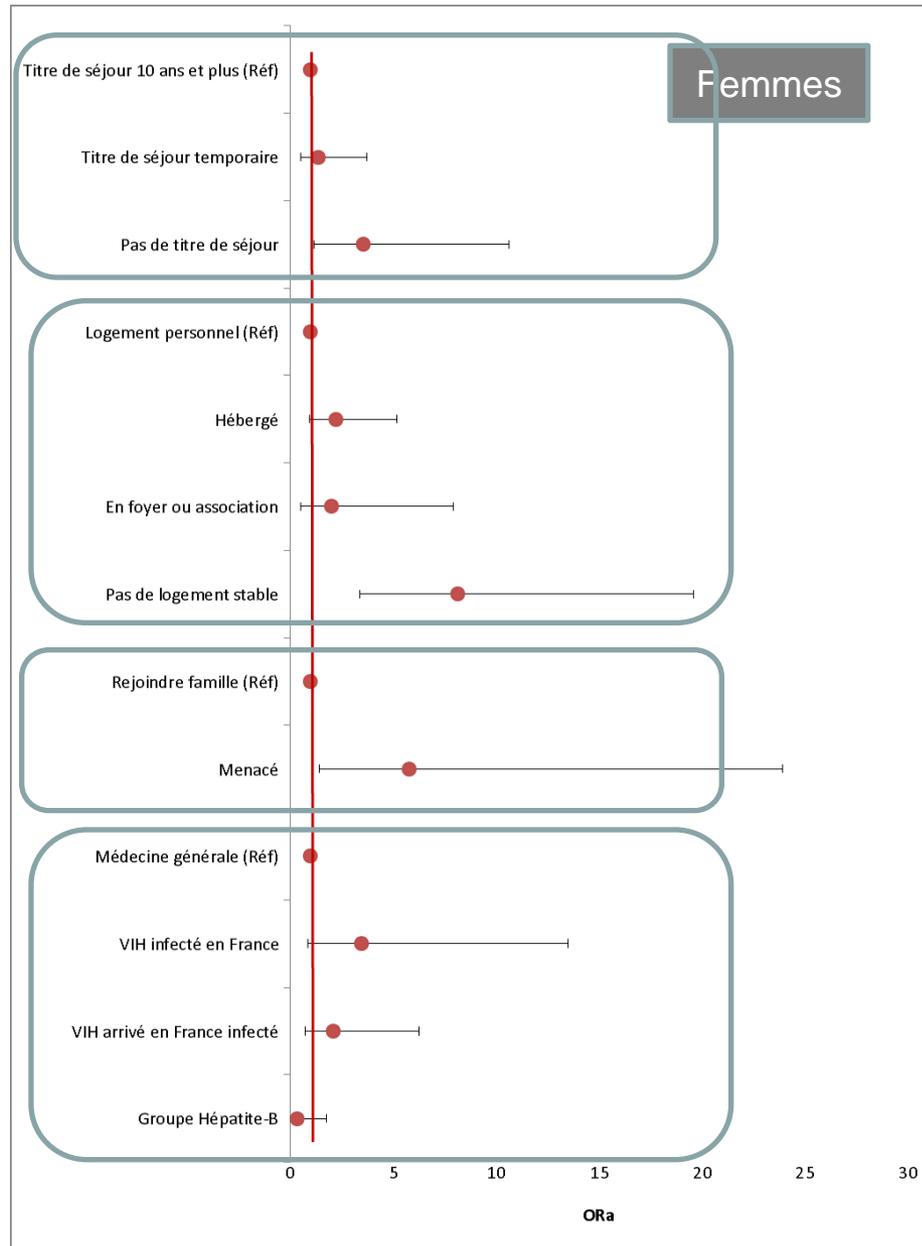
Relations potentiellement à risque selon le groupe d'étude - Femmes



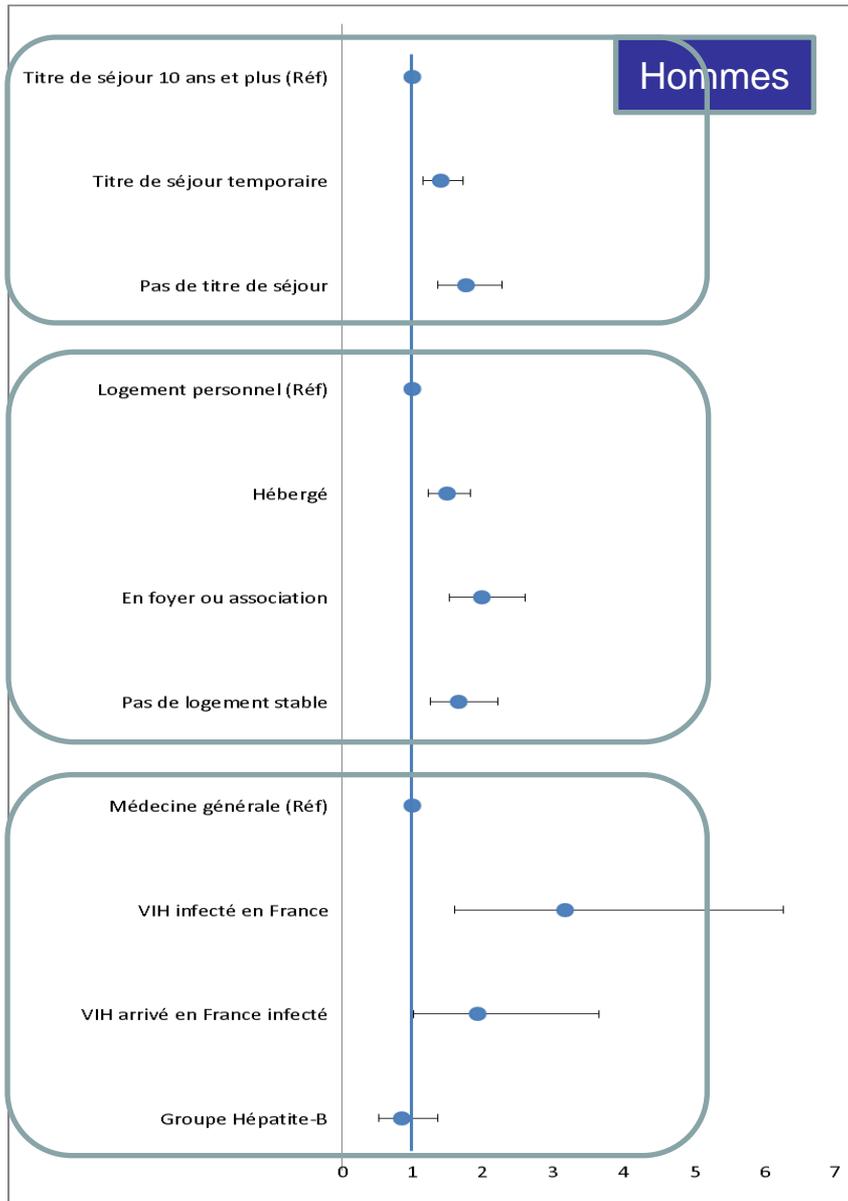
Facteurs liés à la probabilité de relations occasionnelles chaque année (ORa)



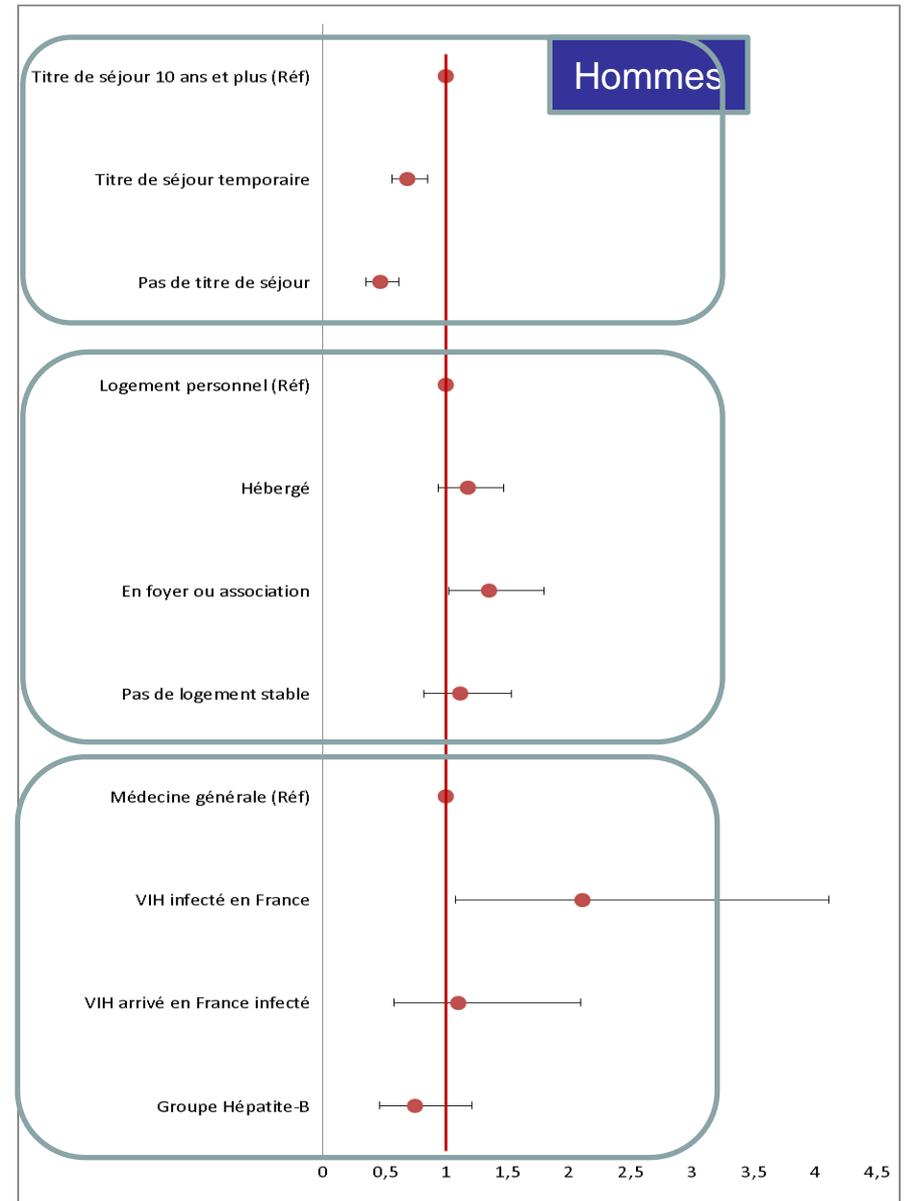
Facteurs liés à la probabilité de relations transactionnelles chaque année (ORa)



Facteurs liés à la probabilité de relations occasionnelles chaque année (ORa)



Facteurs liés à la probabilité de relations concomitantes chaque année (ORa)



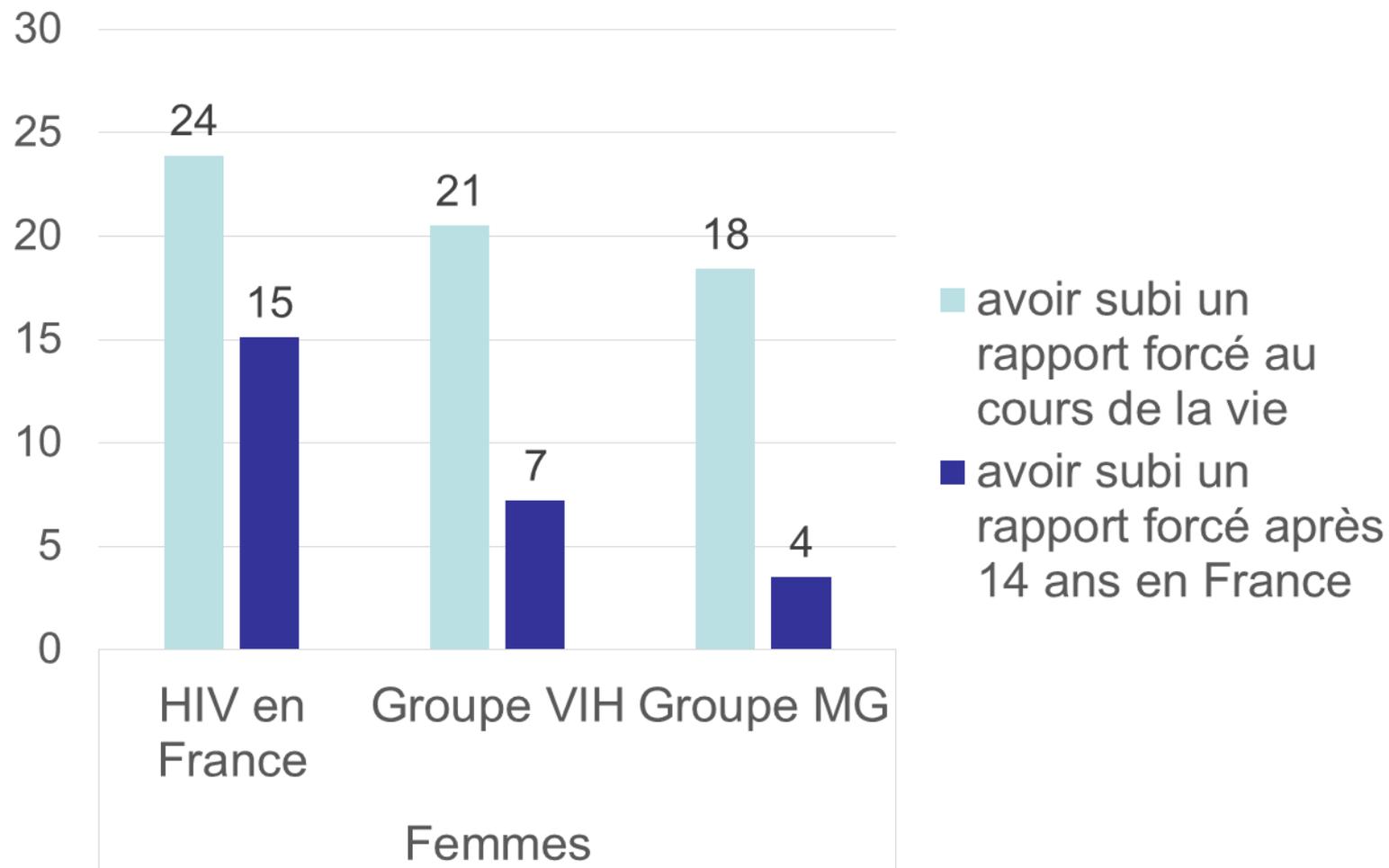
- Les personnes qui ont contracté le VIH en France ont plus souvent connu des situations sexuelles à risque en France
- Ces situations à risque sont plus fréquentes **les années sans logement personnel stable, et les années sans titre de séjour**, toutes choses égales par ailleurs

→ **La précarité vécue lors des premières années de vie en France**, fréquente chez les migrants d'Afrique sub-saharienne, peut donc être considérée comme un **facteur indirect de l'infection VIH**.

Les **femmes** sont particulièrement vulnérables en **l'absence de logement**, surtout celles qui sont arrivées en France pour fuir une menace dans leur pays.

Rapports sexuels forcés- Femmes

Pannetier et al, The Lancet Public Health, janvier 2018



Facteurs associés aux rapports sexuels forcés après 14 ans chaque année en France, Femmes (Odds Ratio)

	Rapports sexuels forcés
Logement personnel	Réf.
Hébergé	2.05
En Foyer ou association	2.23
Pas de logement stable	3.73*
Venue rejoindre de la famille	Réf.
Venue pour fuir un pays	6.54**
Groupe Ref.	Réf.
VIH infecté en France	4.51**
VIH arrivé en France infecté	1.80

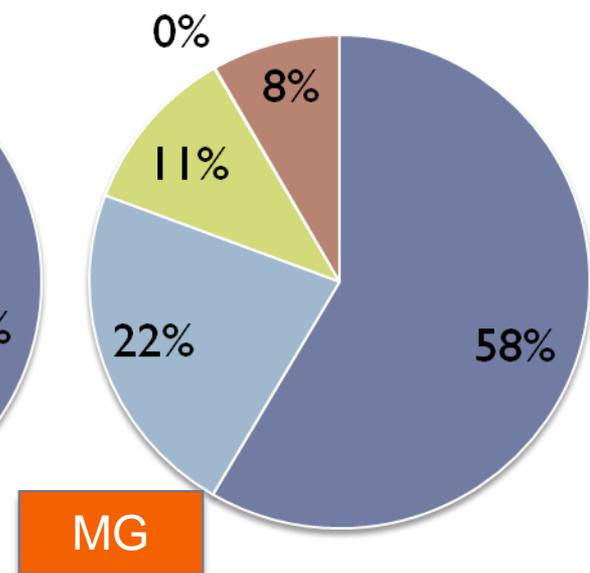
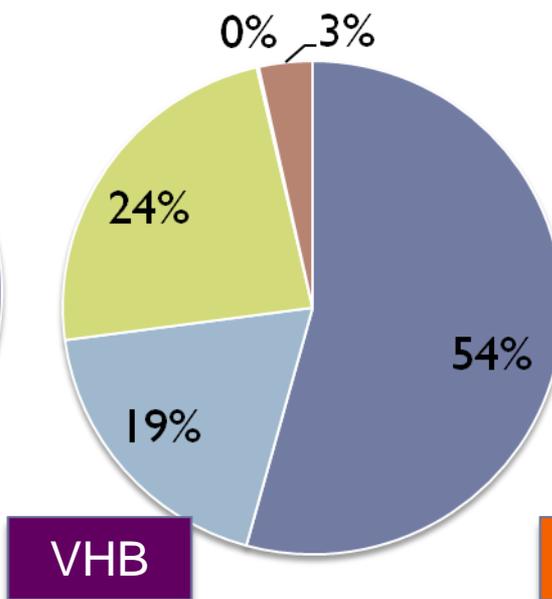
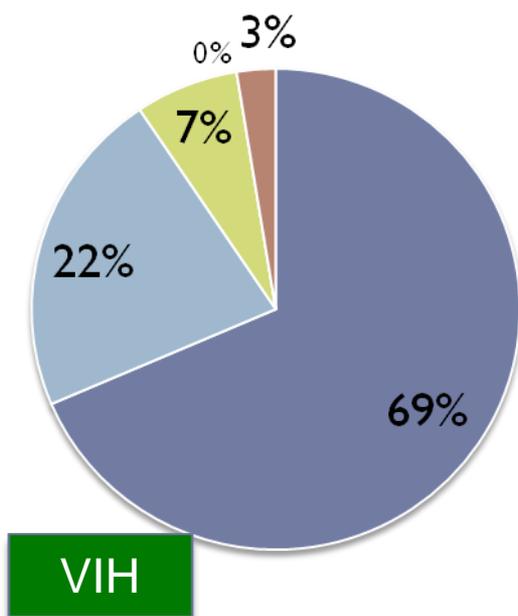
- **Les femmes qui ont contracté le VIH en France ont plus souvent subi des rapports sexuels forcés en France.**
- Ces rapports sexuels forcés sont plus fréquents **les années sans logement personnel stable**, toutes choses égales par ailleurs.
- Les femmes sont particulièrement vulnérables en l'absence de logement, **surtout celles qui sont arrivées en France pour fuir une menace dans leur pays.**

Couverture Maladie

Vignier et al. Santé Publique, 2017

Couverture maladie au moment de l'enquête

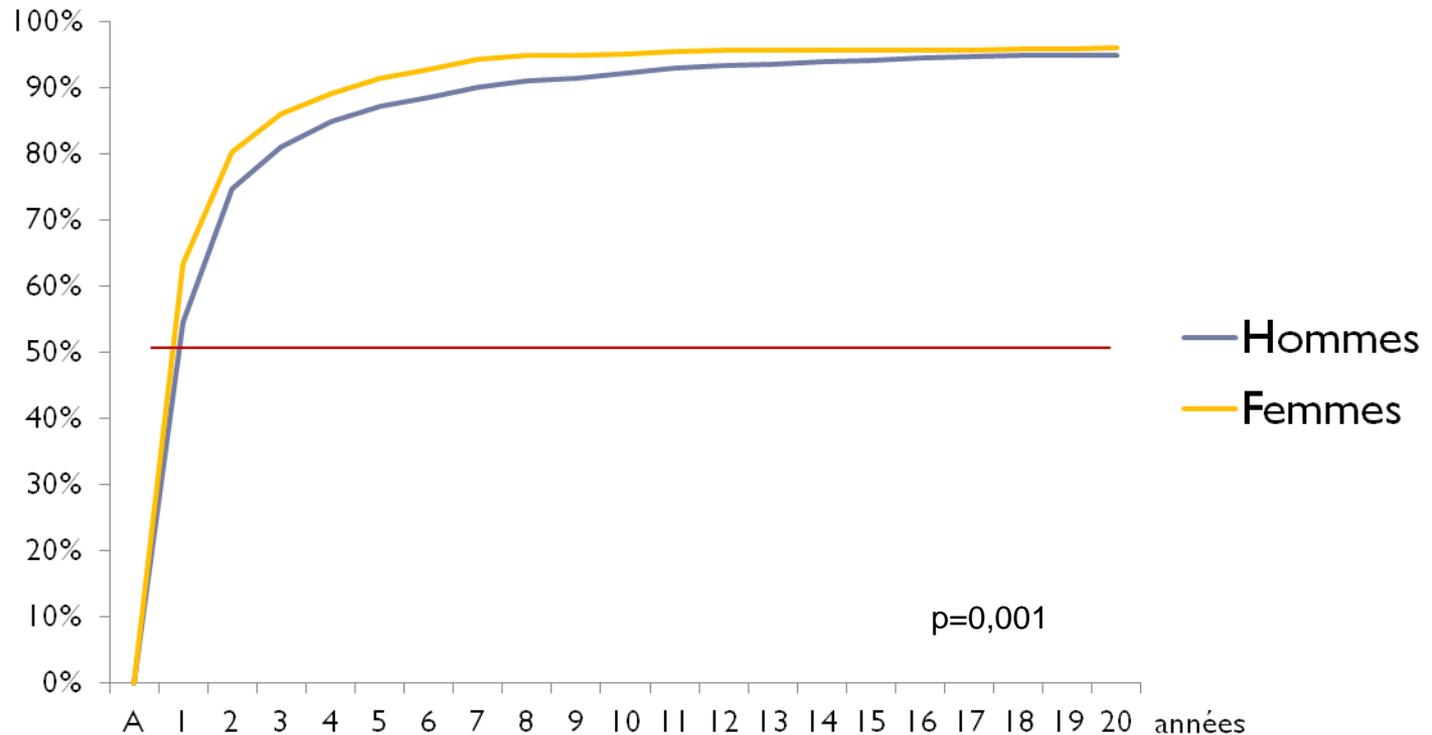
- Sécurité sociale
- CMU
- AME
- Autre
- Aucune



- Recours important à la Couverture Maladie Universelle et à l'Aide Médicale d'Etat
 - En particulier dans le groupe VHB
- Plus de personnes sans couverture maladie dans le groupe médecine générale

Délai à l'obtention d'une 1^{ère} CM

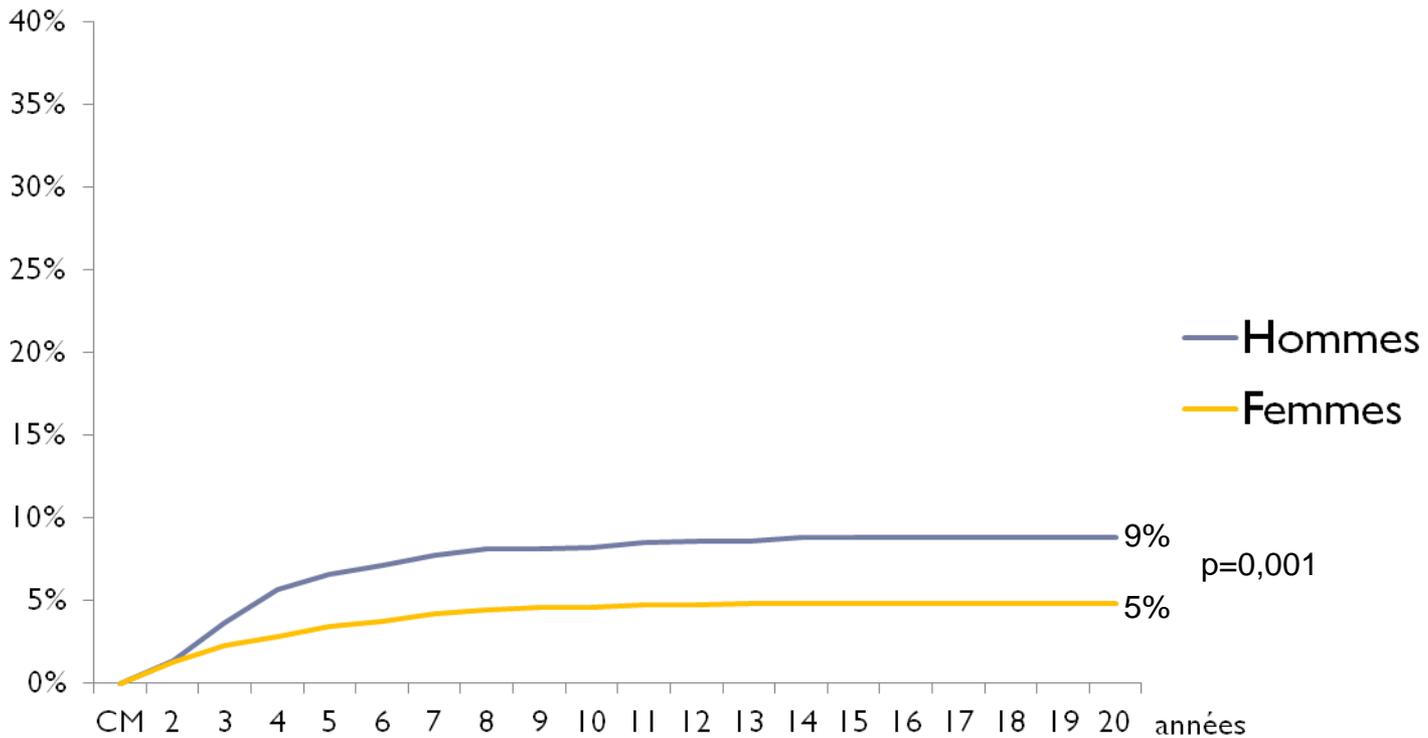
En médiane la **première année**, IQR [1-2], quelque soit le groupe



- Accès rapide à la couverture maladie en France pour les migrants originaires d'ASS

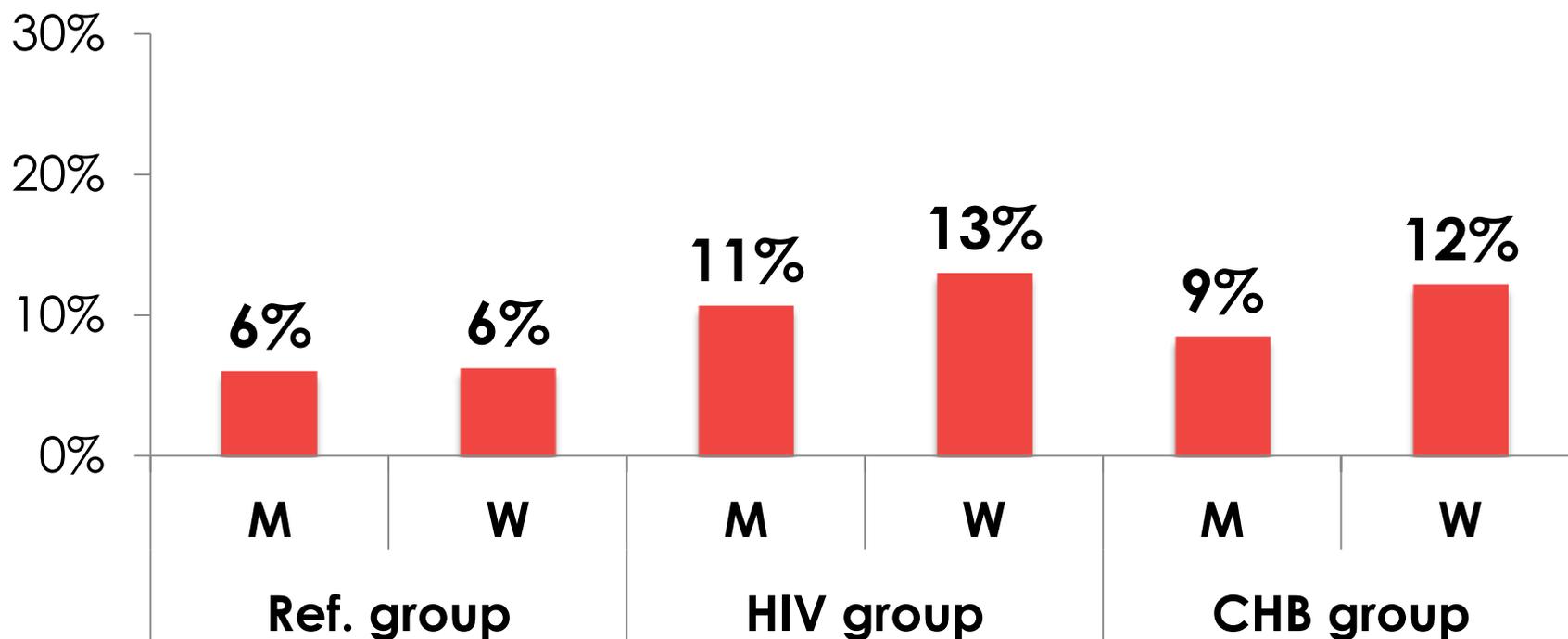
Rupture de couverture maladie

Incidence cumulée de la
perte d'une 1^{ère} CM



-
- ▶ **Accès à la couverture maladie**
 - ▶ Plus rapide après les années 2000
 - Rôle de la mise en place de l'AME et de la CMU ++
 - ▶ Plus rapide si contact avec le système de soins
 - ▶ Plus rapide pour les femmes ayant fait des études supérieures
 - ▶ Ralenti par l'absence de titre de séjour
 - ▶ Ralenti par l'absence de ressources financières
-
- ▶ Ruptures de couverture maladie semblent principalement déterminées par l'absence ou la perte du titre de séjour

Expérience de refus de soin



Premier facteur du refus de soin : avoir l'AME ou la CMU

Une mesure des symptômes anxieux et dépressifs

Pannetier et al., Social Sc and Medicine –Pop Health, 2017

Mesure par le PHQ-4 Patient Health Questionnaire 4

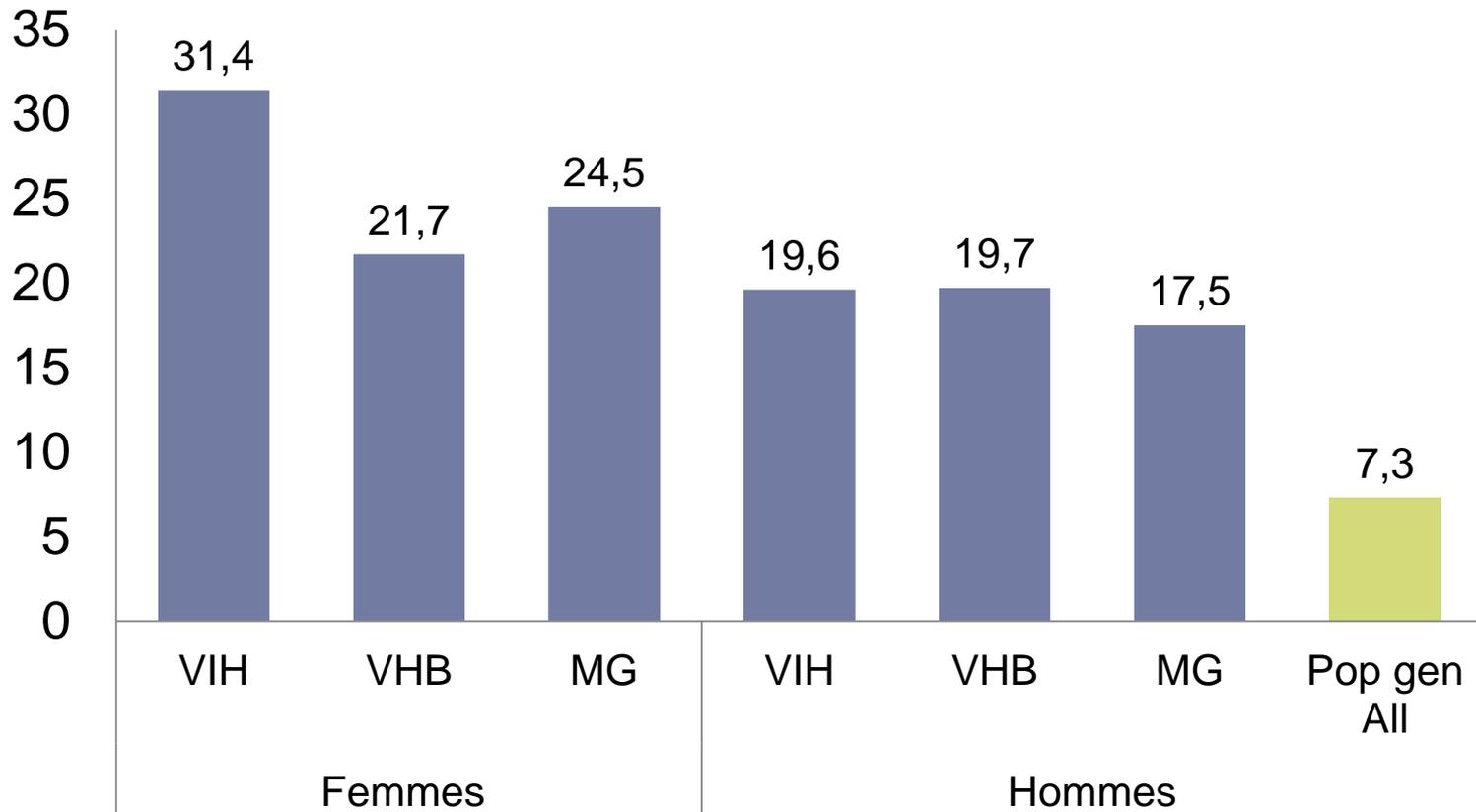
- ▶ A quelle fréquence dans les deux dernières semaines avez-vous été gêné-e par les problèmes suivants :

	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	0	1	2	3
Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
Etre triste, déprimé ou désespéré	0	1	2	3



Fréquence des symptômes anxio-dépressifs

Proportion de personnes avec un score au PHQ-4 ≥ 6



Facteurs :

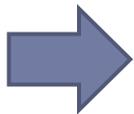
- ▶ Facteurs aggravants :

- ▶ Chez les femmes : être arrivée pour fuir un pays

- ▶ Chez les hommes : être sans titre de séjour en France

- ▶ Facteur protecteur, chez Les femmes et chez les hommes :

- ▶ pouvoir compter sur des proches, parents ou amis, à la fois dans le pays d'origine et en France



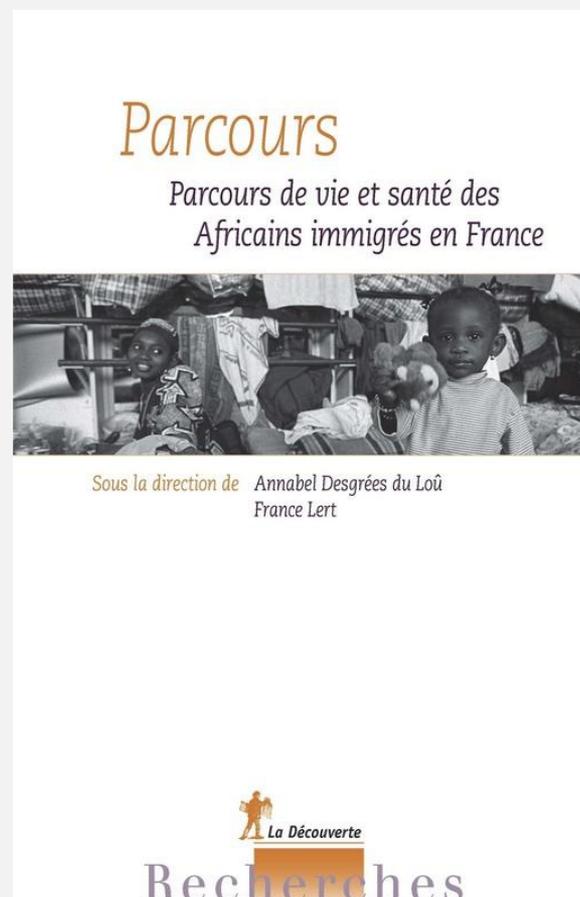
l'existence d'un réseau de soutien à la fois « ici et là-bas » a un effet positif sur la santé mentale des personnes immigrées d'Afrique subsaharienne.



Précarité et risques pour la santé : synthèse

- ▶ Près de la moitié des migrants subsahariens vivant avec le VIH ont été infectés après leur arrivée en France ; l'absence de logement ou de titre de séjour stable augmente l'exposition au risque VIH, en particulier chez les femmes (Desgrées du Loû *et al*, Eurosurveillance 2015 et AIDS 2016 ; Pannetier *et al*. TLPH 2018)
- ▶ Les troubles anxio-dépressifs sont fréquents chez les migrants africains et directement liés à l'expérience de chômage, à l'absence de titre de séjour stable et aux antécédents de grande précarité (Pannetier *et al*, Soc Sc Med 2017)
- ▶ Plus de consommation d'alcool à risque chez les hommes en instabilité administrative (Ravalihasy *et al*, www.ceped.org)
- ▶ Absences de titre de séjour et/ou de ressources retardent l'accès à une couverture maladie. La perte de titre de séjour peut engendrer des ruptures de couverture maladie (Vignier *et al.*, à paraître)

Pour aller plus loin :



Pour aller plus loin :

- un ouvrage de synthèse des résultats (ed La Découverte, 2017)

▶ 93 - un site web : www.parcours-sante-migration.com