

# Cas particulier du VIH : Vulnérabilité des femmes migrantes

## D.I.U Santé des migrants

### U.E 4 Focus sur certains groupes aux situations/ besoins particuliers U.E 4.1 Femmes

Pr Sophie Matheron

Service des maladies infectieuses et tropicales

Hôpital Bichat Claude Bernard

14 mai 2018 14-15h

# Plan

- Les femmes migrantes et le VIH
  - Part dans la population vivant avec le VIH en France
  - Femmes enceintes / Population générale

## ➤ Etudes

- Santé Publique France (D.O VIH)
- Enquêtes ANRS :
  - EPF
  - Vespa1-2
  - Parcours
  - FHDH

# Summary of global HIV epidemic (2016)

# 36.7 million

people now estimated to be living with HIV

[30.8–42.9 million]

During 2016...



# 1.8 million

people newly infected

[1.6–2.1 million]



# 1.0 million

HIV-related deaths

[830 000–1.2 million]



World Health  
Organization

# Summary of global HIV epidemic (2016)

## Number of people living with HIV in 2016

<b>Total</b>	<b>36.7 million</b> [30.8 million – 42.9 million]
<b>Adults</b>	34.5 million [28.8 million – 40.2 million]
<b>Women</b>	<b>17.8 million</b> [15.4 million – 20.3 million]
<b>Men</b>	16.7 million [14.0 million – 19.5 million]
<b>Children (&lt;15 years)</b>	2.1 million [1.7 million – 2.6 million]

## People newly infected with HIV in 2016

<b>Total</b>	<b>1.8 million</b> [1.6 million – 2.1 million]
<b>Adults</b>	1.7 million [1.4 million – 1.9 million]
<b>Children (&lt;15 years)</b>	160 000 [100 000 – 220 000]

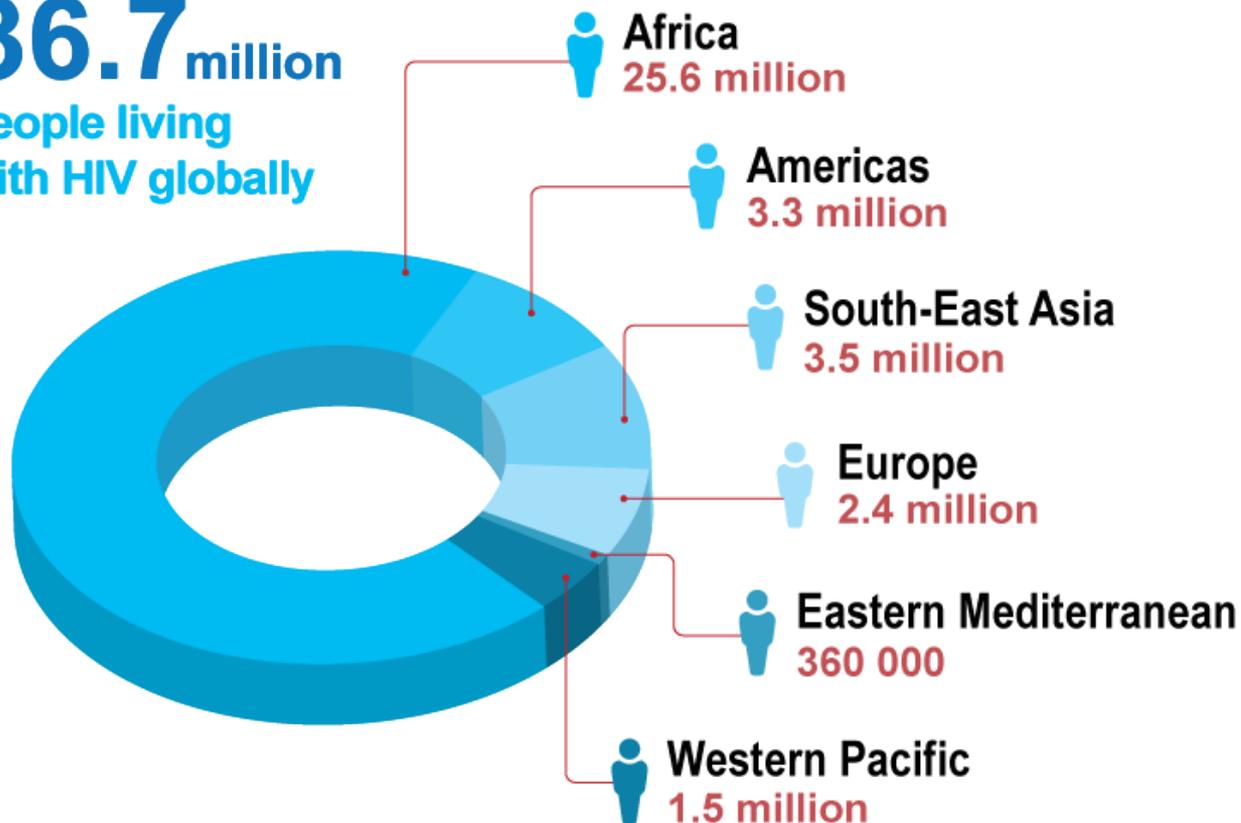
## AIDS deaths in 2016

<b>Total</b>	<b>1.0 million</b> [830 000 – 1.2 million]
<b>Adults</b>	890 000 [740 000 – 1.1 million]
<b>Children (&lt;15 years)</b>	120 000 [79 000 – 160 000]

Source: UNAIDS/WHO estimates.

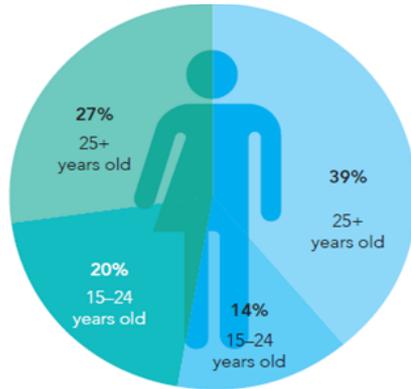
# People living with HIV by WHO region (2016)

**36.7 million**  
people living  
with HIV globally

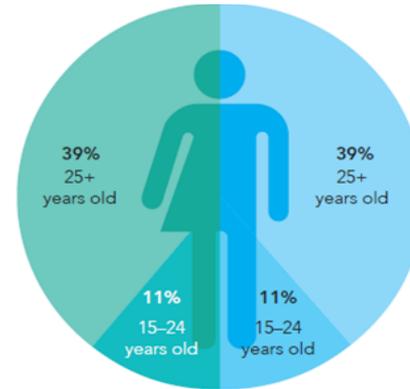


# Distribution of new adult HIV infections and population by age and sex, global and in sub-Saharan Africa, 2015

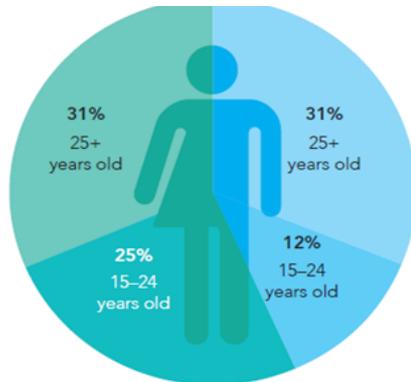
**NEW HIV INFECTIONS AMONG ADULTS, BY AGE AND SEX, GLOBAL, 2015**



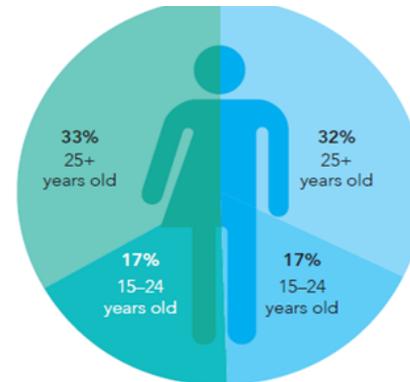
**ADULT POPULATION, BY AGE AND SEX, GLOBAL, 2015**



**NEW HIV INFECTIONS AMONG ADULTS, BY AGE AND SEX, SUB-SAHARAN AFRICA, 2015**

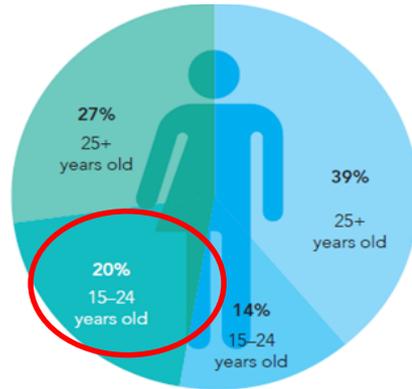


**ADULT POPULATION, BY AGE AND SEX, SUB-SAHARAN AFRICA, 2015**

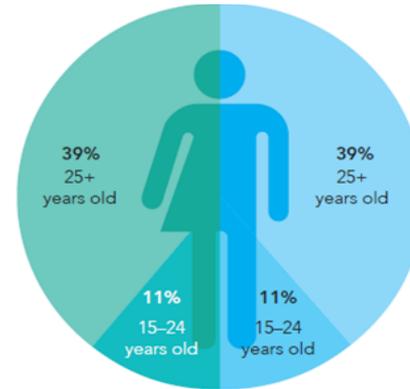


# Distribution of new adult HIV infections and population by age and sex, global and in sub-Saharan Africa, 2015

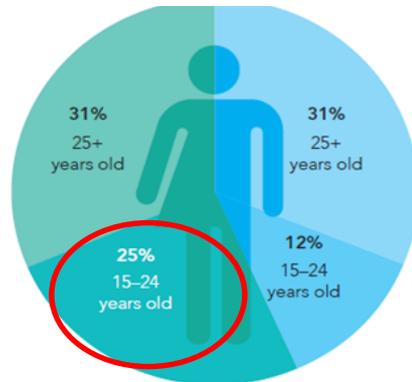
NEW HIV INFECTIONS AMONG ADULTS,  
BY AGE AND SEX, GLOBAL, 2015



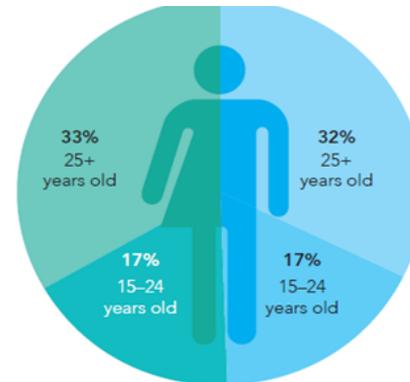
ADULT POPULATION, BY AGE AND SEX,  
GLOBAL, 2015



NEW HIV INFECTIONS AMONG ADULTS,  
BY AGE AND SEX, SUB-SAHARAN AFRICA, 2015

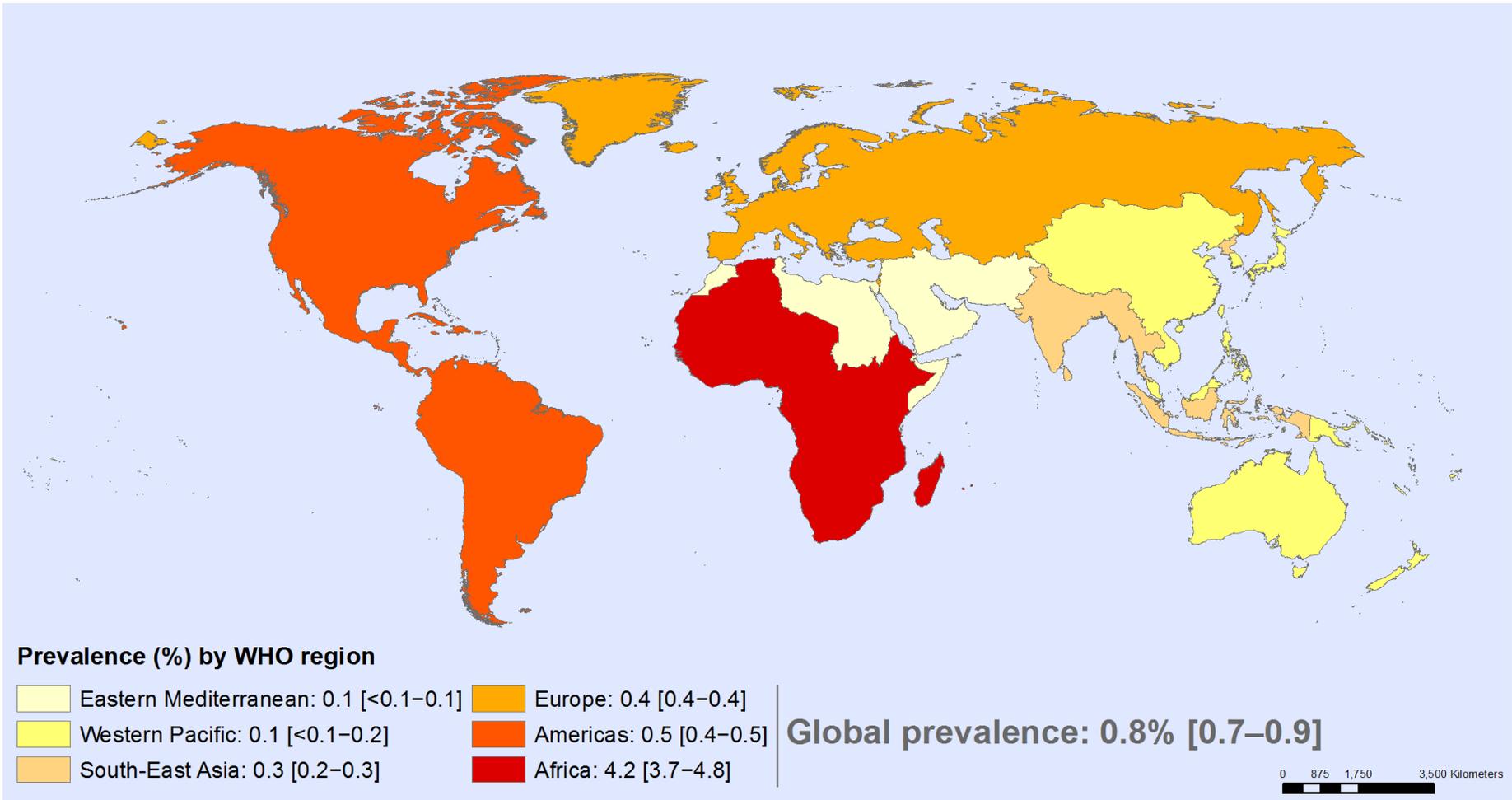


ADULT POPULATION, BY AGE AND SEX,  
SUB-SAHARAN AFRICA, 2015



# Prevalence of HIV among adults aged 15 to 49, 2016

## By WHO region



### Prevalence (%) by WHO region

Eastern Mediterranean: 0.1 [<0.1–0.1]	Europe: 0.4 [0.4–0.4]
Western Pacific: 0.1 [<0.1–0.2]	Americas: 0.5 [0.4–0.5]
South-East Asia: 0.3 [0.2–0.3]	Africa: 4.2 [3.7–4.8]

**Global prevalence: 0.8% [0.7–0.9]**

0 875 1,750 3,500 Kilometers

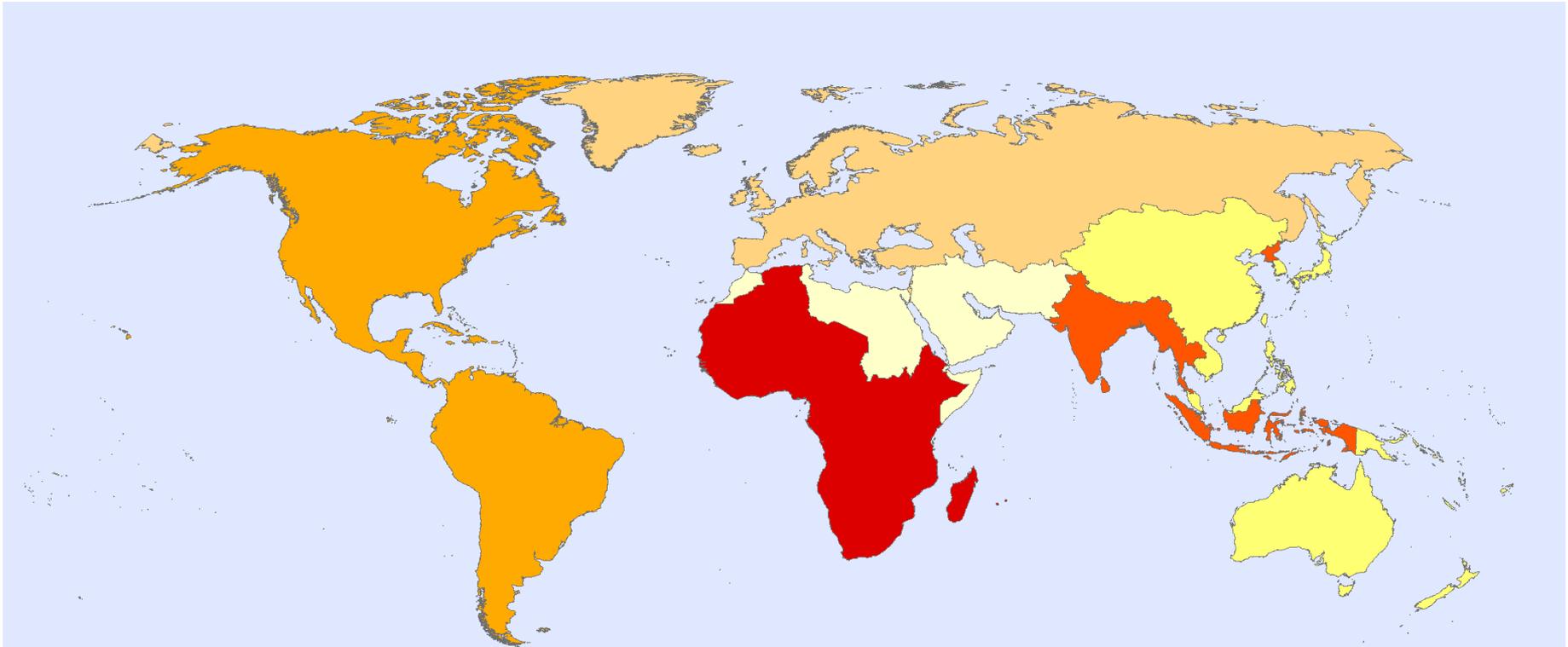
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Information Evidence and Research (IER)  
World Health Organization



© WHO 2017. All rights reserved.

## Estimated number of people living with HIV, 2016 By WHO region



### Number of people, by WHO region

Eastern Mediterranean: 360 000 [290 000–500 000]	Americas: 3 300 000 [2 900 000–3 800 000]	<b>Total: 36 700 000</b> <b>[30 800 000–42 900 000]</b>
Western Pacific: 1 500 000 [1 200 000–2 000 000]	South-East Asia: 3 500 000 [2 500 000–8 200 000]	
Europe: 2 400 000 [2 300 000–2 600 000]	Africa: 25 600 000 [22 900 000–28 600 000]	

0 875 1,750 3,500 Kilometers

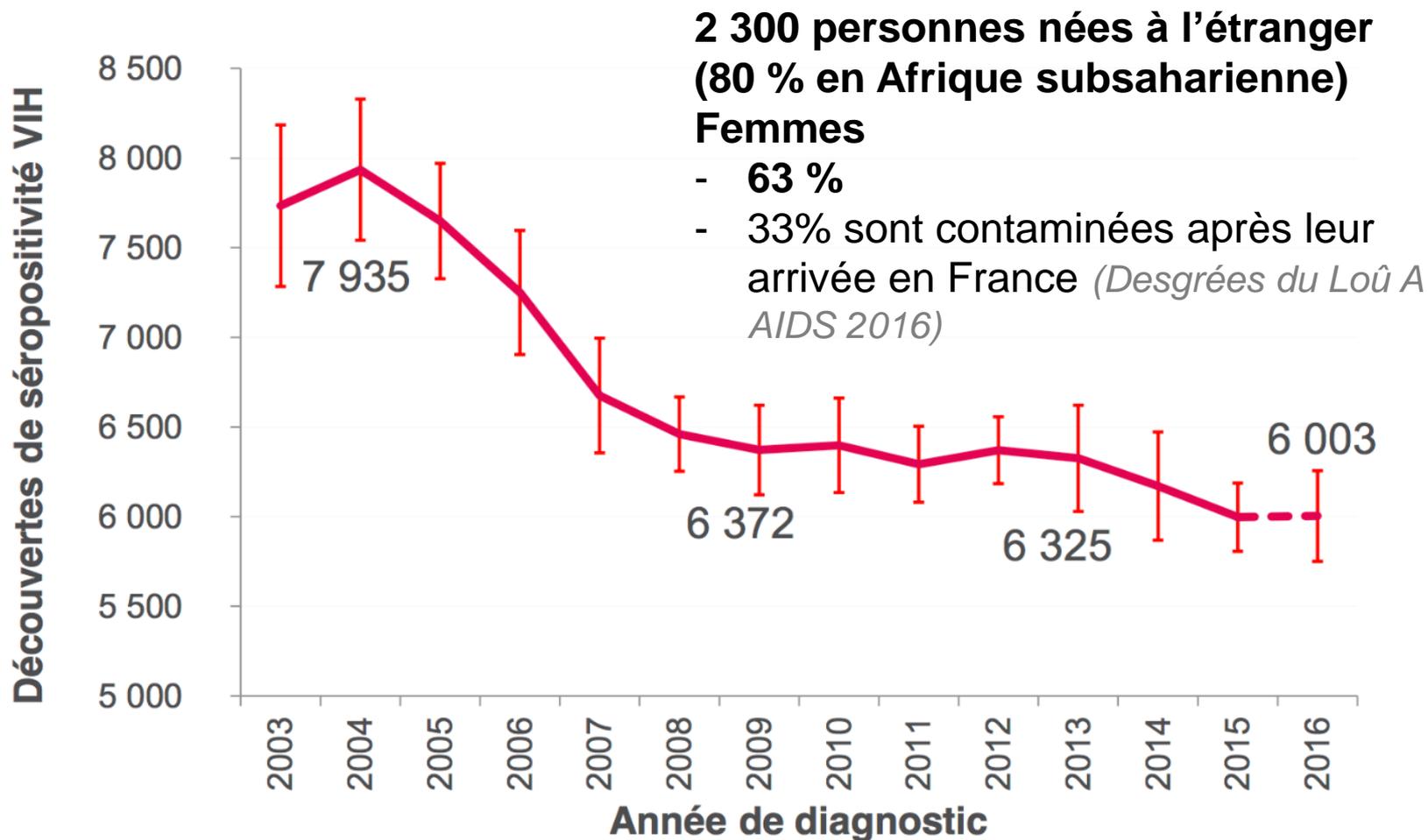
The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: World Health Organization  
Map Production: Information Evidence and Research (IER)  
World Health Organization



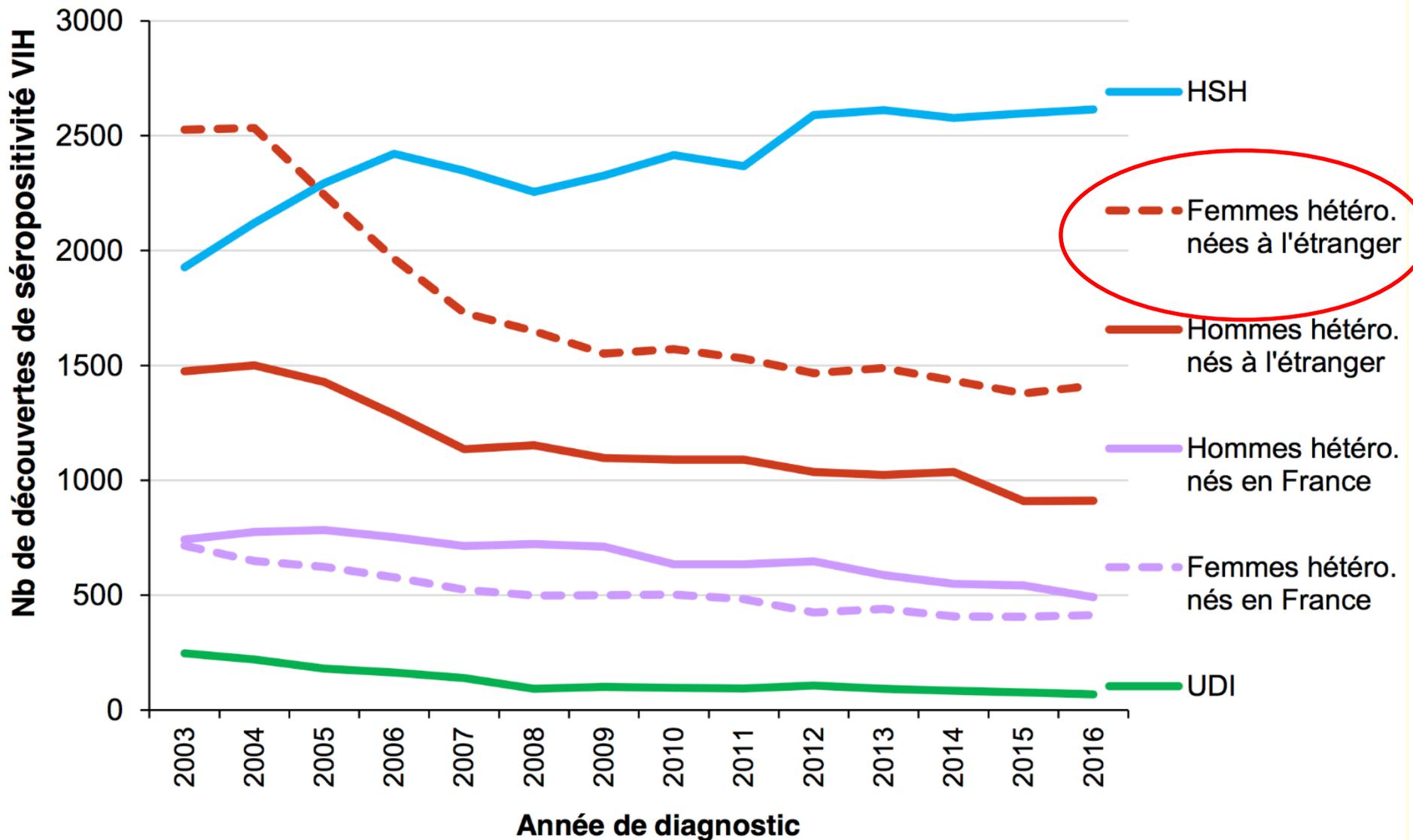
© WHO 2017. All rights reserved.

# ENVIRON 6 000 PERSONNES [5 750-6 250] ONT DÉCOUVERT LEUR SÉROPOSITIVITÉ EN 2016

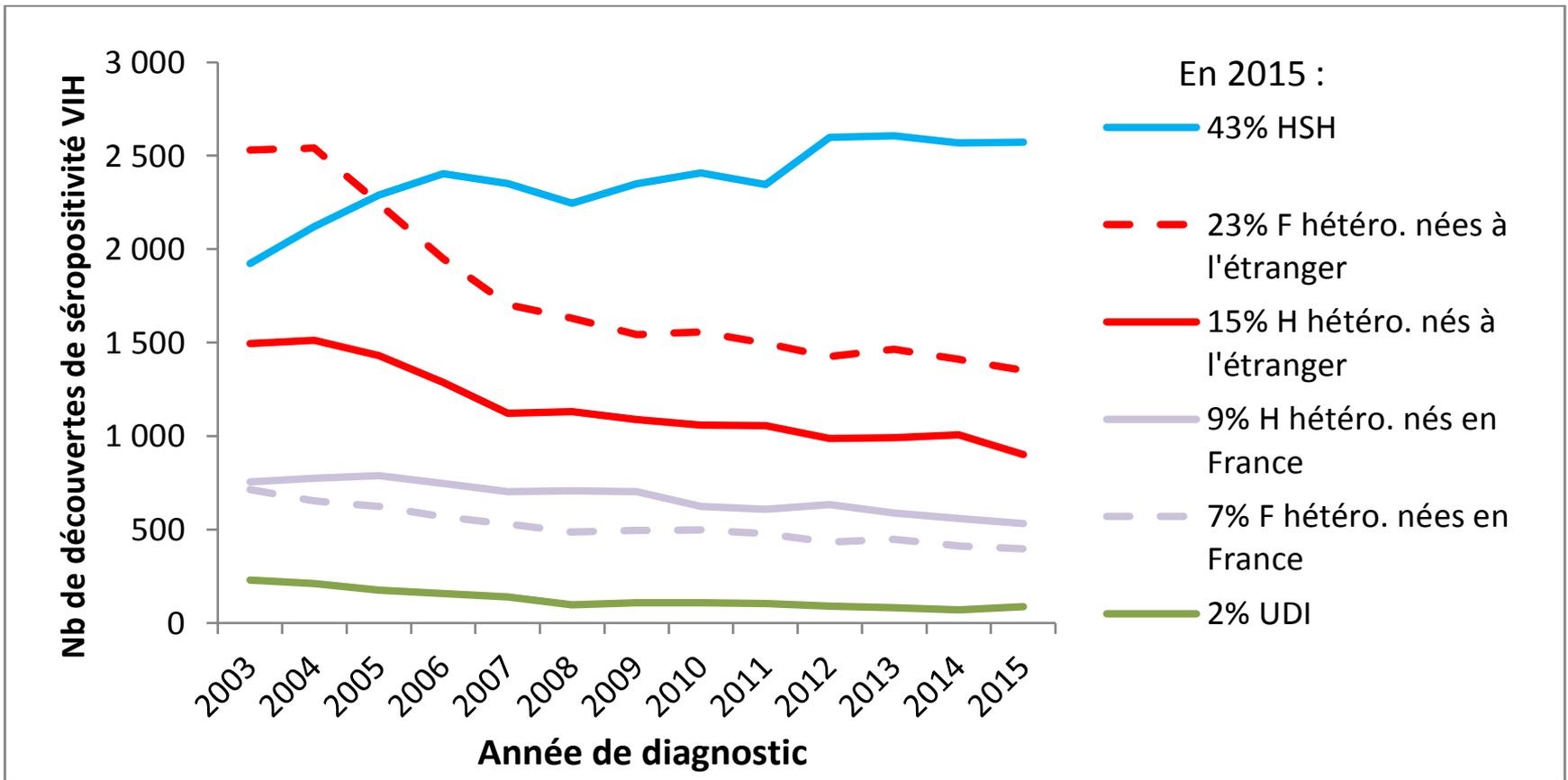


Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination  
et par lieu de naissance, France, 2003-2016

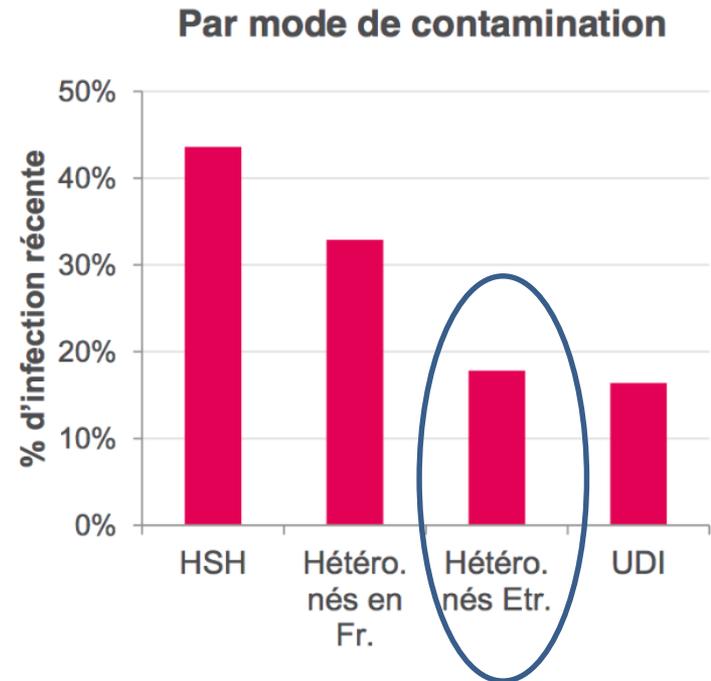
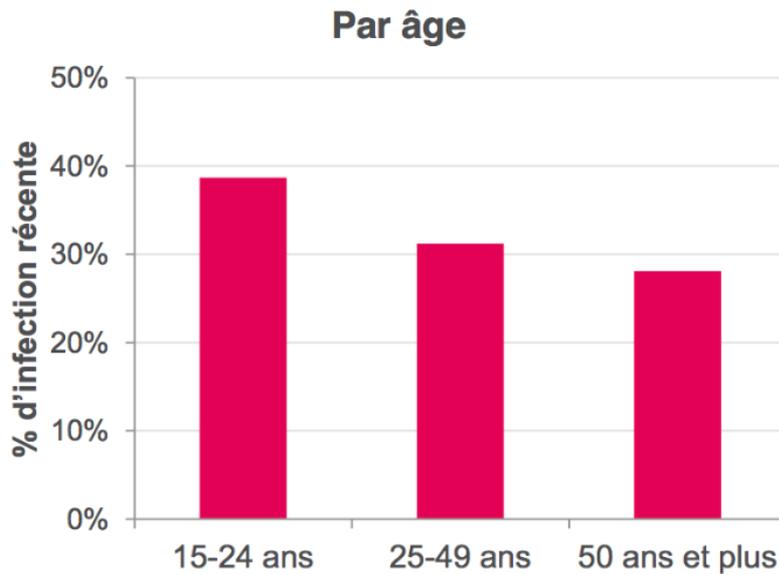
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 30/06/2017, SpFrance)



*Fig. 3 : Nombre de découvertes de séropositivité VIH par mode de contamination et par pays de naissance, France, 2003-2015  
(Source : Déclaration obligatoire du VIH, données corrigées au 31/12/2015, SpFrance)*



# 31% DES SÉROPOSITIVITÉS DÉCOUVERTES EN 2016 SONT DES INFECTIONS RÉCENTES\*

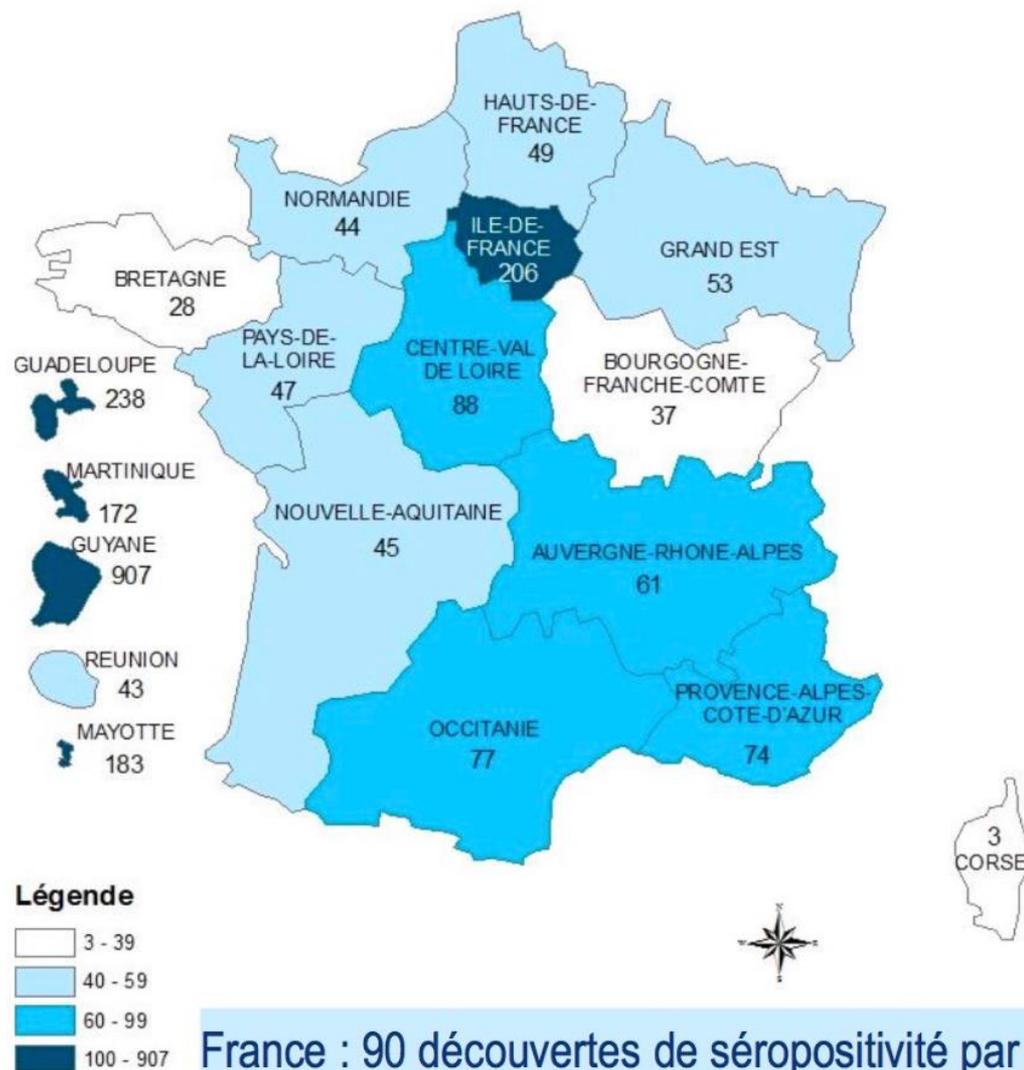


La proportion d'infections récentes diminue quand l'âge augmente.  
Elle est plus élevée chez les HSH que chez les hétérosexuels et les UDI.

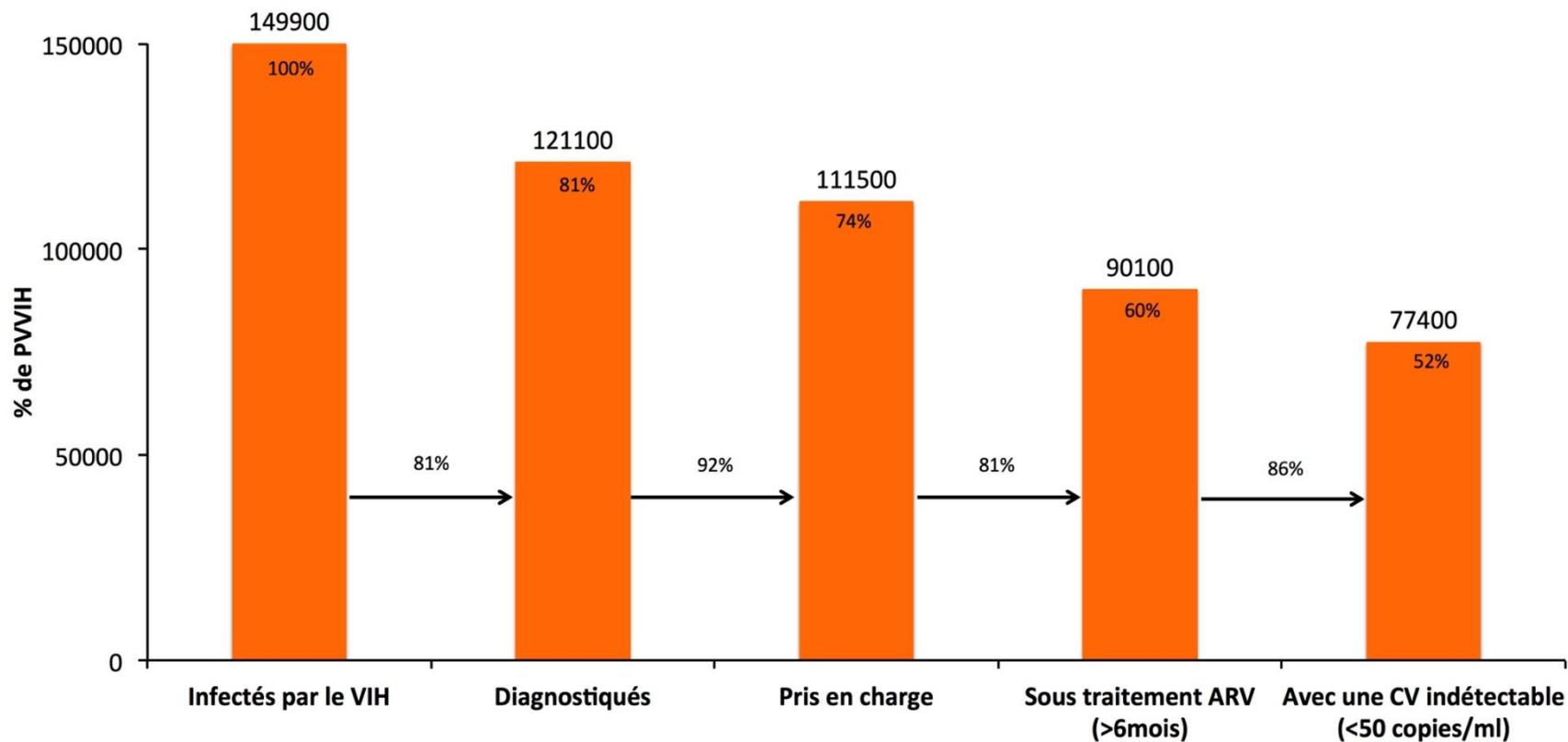
Elle atteint 63% parmi les personnes avec antécédent de sérologie dans l'année.

\*infection récente : dans les 6 mois en moyenne avant le diagnostic

# DES TAUX DE DÉCOUVERTES EN 2016 BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉS DANS LES DFA ET EN IDF



# Cascade de la prise en charge en France en 2010



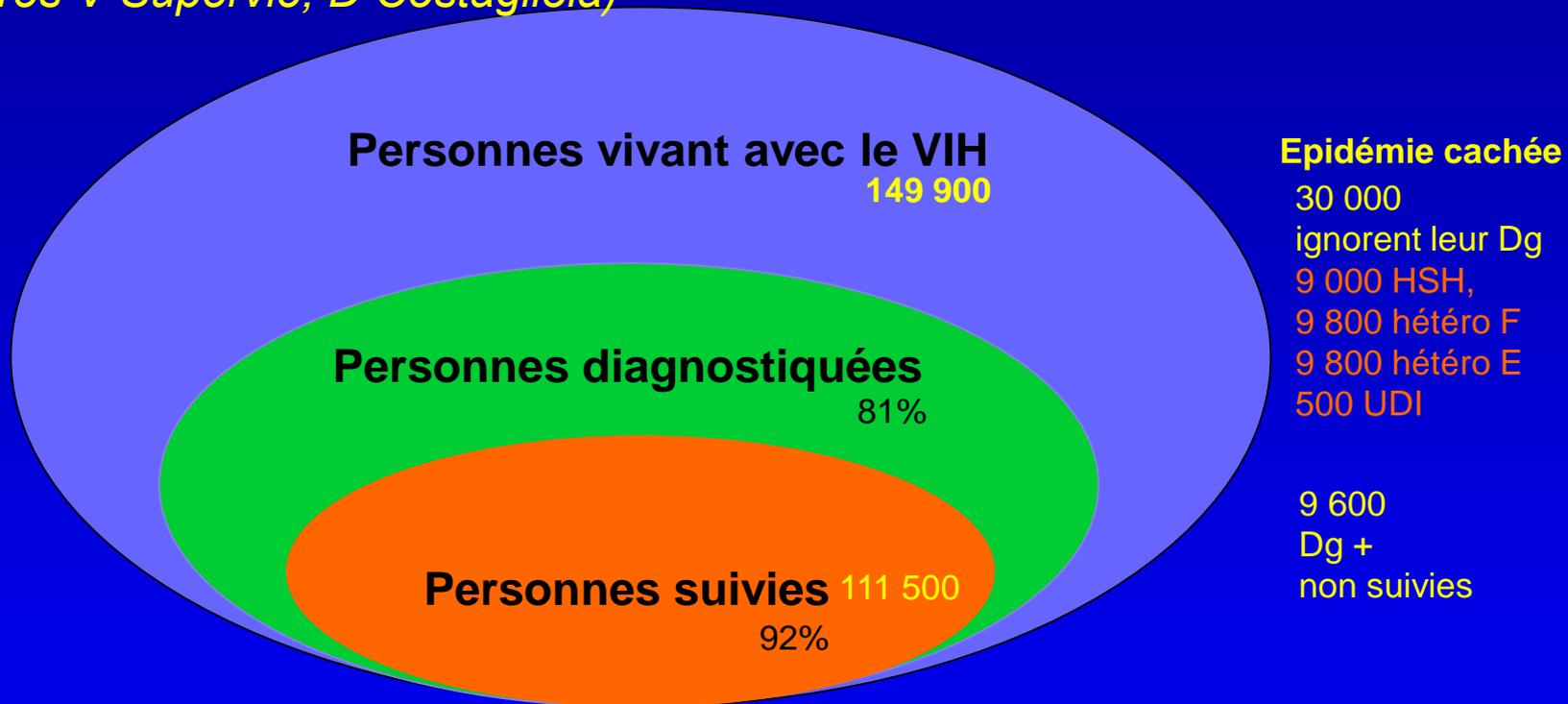
Épidémiologie

Dominique Costagliola et le groupe d'experts

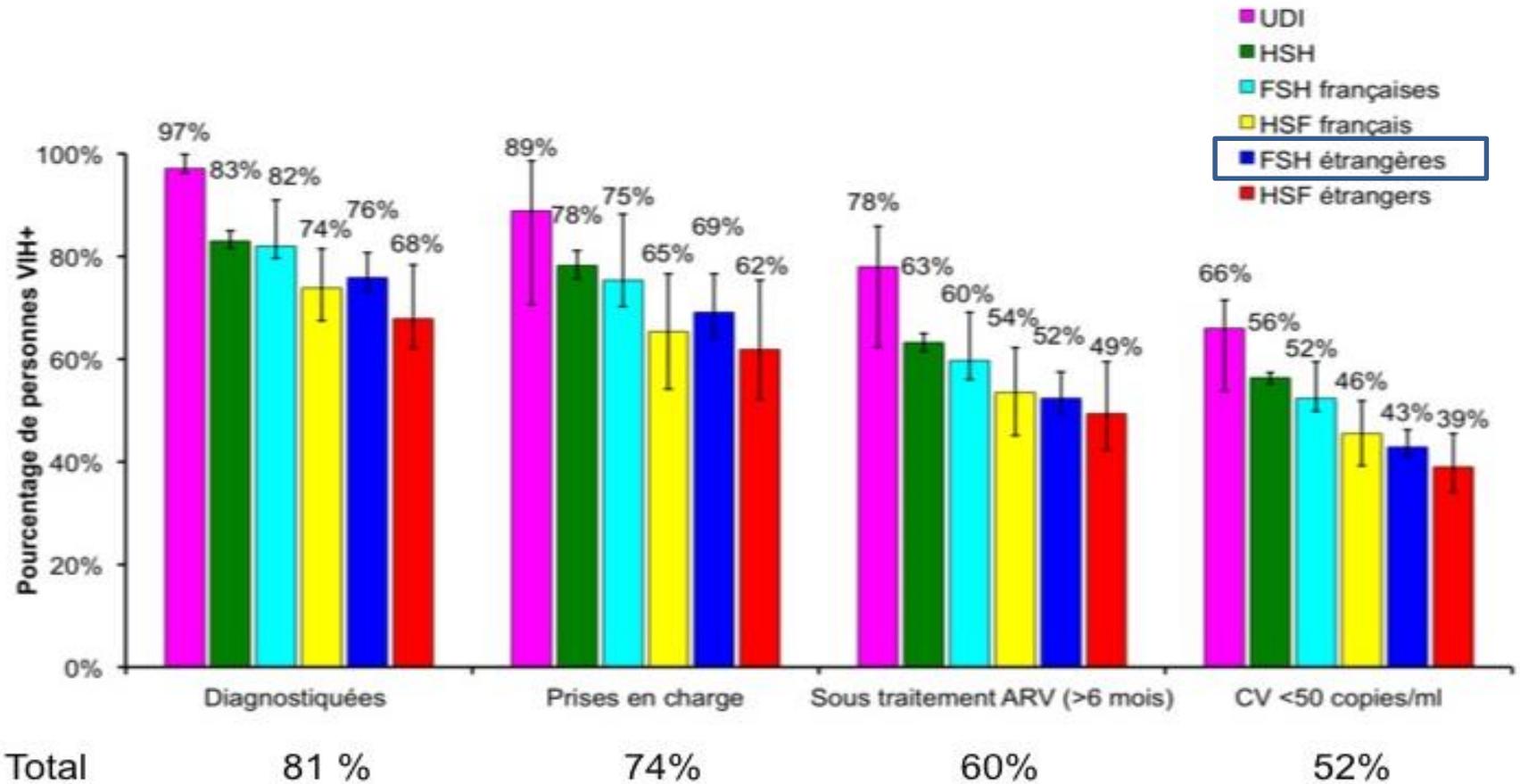
PRISE EN CHARGE  
MÉDICALE DES PERSONNES  
VIVANT AVEC LE VIH  
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS  
**RAPPORT 2013**  
Sous la direction du Pr Philippe Morlat  
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

# Epidémie de l'infection à VIH : personnes vivant avec le VIH

(d'après V Supervie, D Costagliola)



# Cascade de la prise en charge en France en 2010, par groupes de transmission

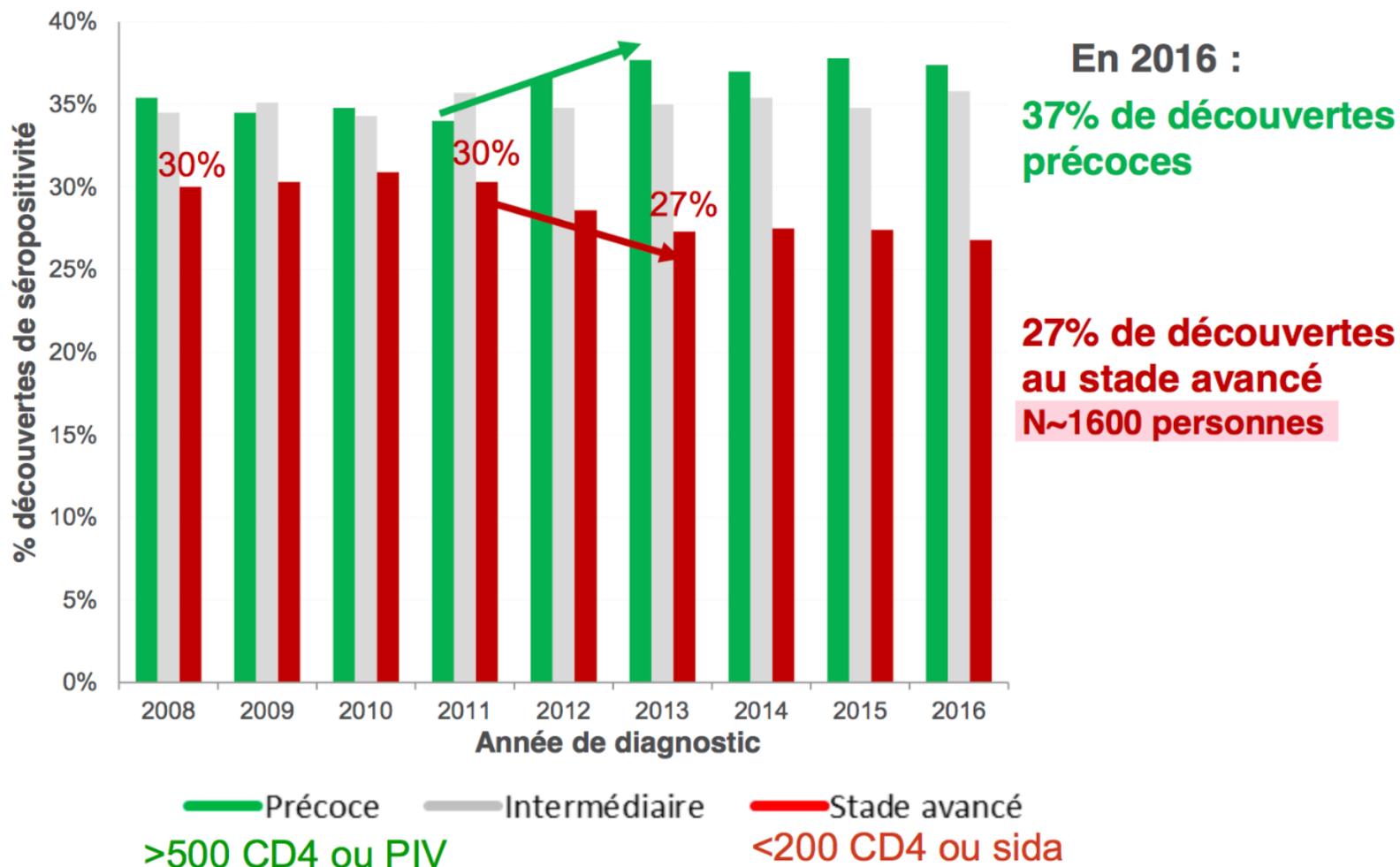


Épidémiologie

Dominique Costagliola et le groupe d'experts

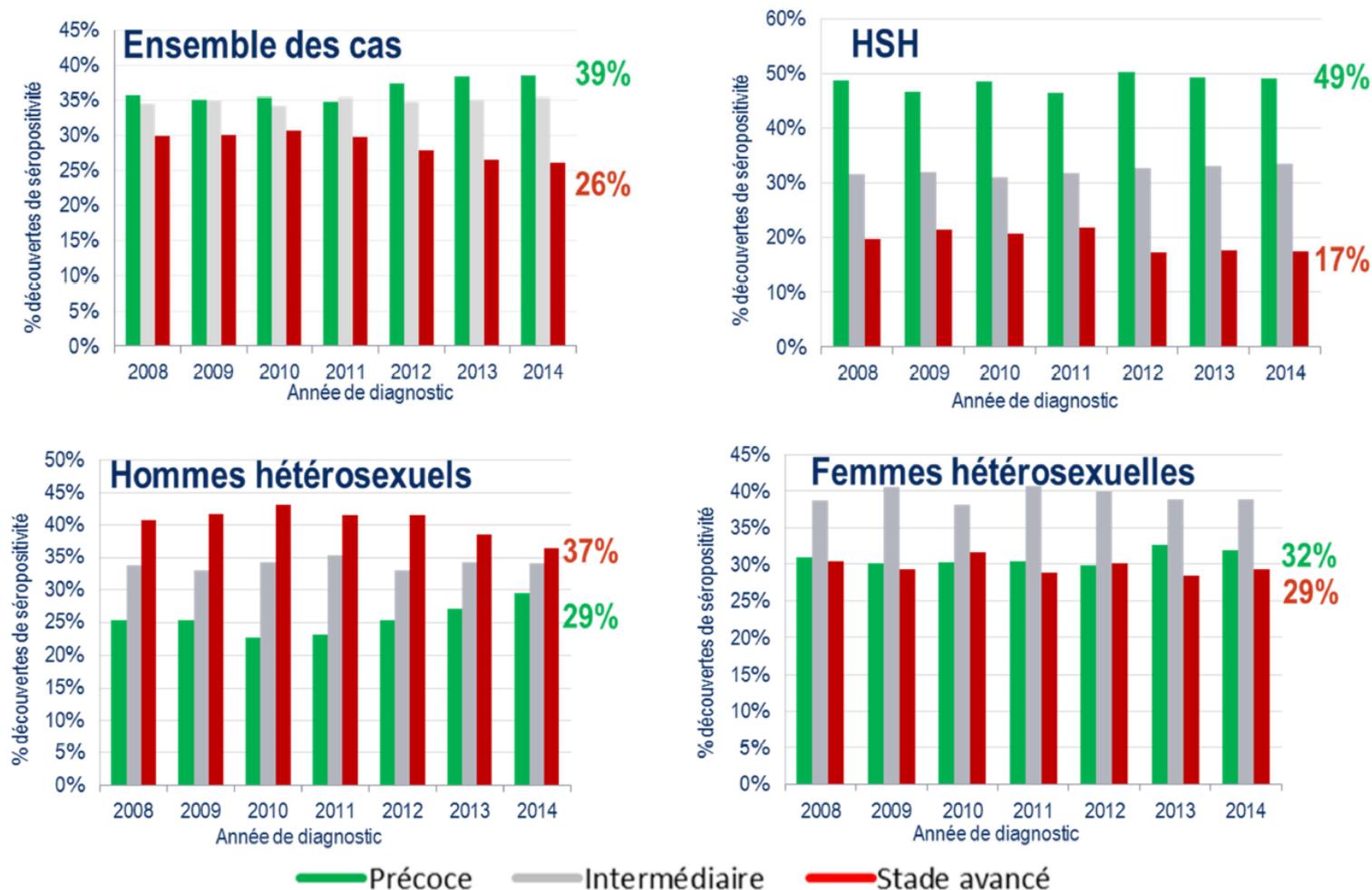
PRISE EN CHARGE  
MÉDICALE DES PERSONNES  
VIVANT AVEC LE VIH  
RECOMMANDATIONS DU GROUPE D'EXPERTS  
**RAPPORT 2013**  
Sous la direction du Pr Philippe Morlat  
et sous l'égide du CNS et de l'ANRS

# DIAGNOSTIC PRÉCOCE OU AU STADE AVANCÉ : RÉPARTITION INCHANGÉE DEPUIS 2013



**Figure 3 – Evolution de la répartition des découvertes de séropositivité VIH selon le caractère précoce ou avancé du diagnostic et le mode de contamination**

(Données au 31/12/2014 corrigées pour les délais de déclaration, la sous-déclaration et les valeurs manquantes)



- **Dépistage systématiquement proposé aux femmes enceintes**
  - à la 1<sup>ère</sup> CPN
  - + nouveau test au 6e mois, voire à l'accouchement si
    - partenaire ou conjoint infecté par le VIH ; partenaire originaire de pays de forte endémie ;
    - partenaire ou conjoint n'ayant pas effectué de test de dépistage
    - partenaires multiples
- **Dépistage systématiquement proposé au futur père/partenaire**
- **TROD proposé à toute femme enceinte de statut VIH inconnu à l'arrivée en salle de travail**

# Femmes enceintes

# Enquête Périnatale Française ANRS-CO1

21 348 inclusions (1986 – 2014)

≈ 1000 par an

2 ‰ femmes enceintes sont infectées par le VIH  
soit 1 500 naissances par an

80% originaires d'Afrique subsaharienne

la majorité n'a pas d'activité professionnelle

40% ne vivent pas en couple

20% n'ont pas divulgué leur statut sérologique au géniteur

85% connaissent leur séropositivité

60% sont déjà sous traitement avant de débiter leur grossesse

# Enquête Périnatale Française ANRS-CO1

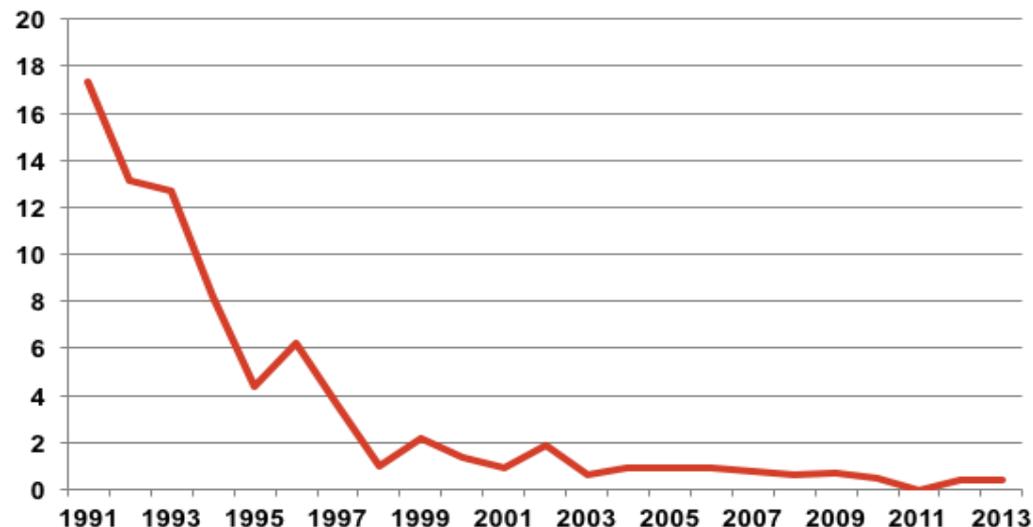
21 348 inclusions (1986 – 2014)

≈ 1000 par an

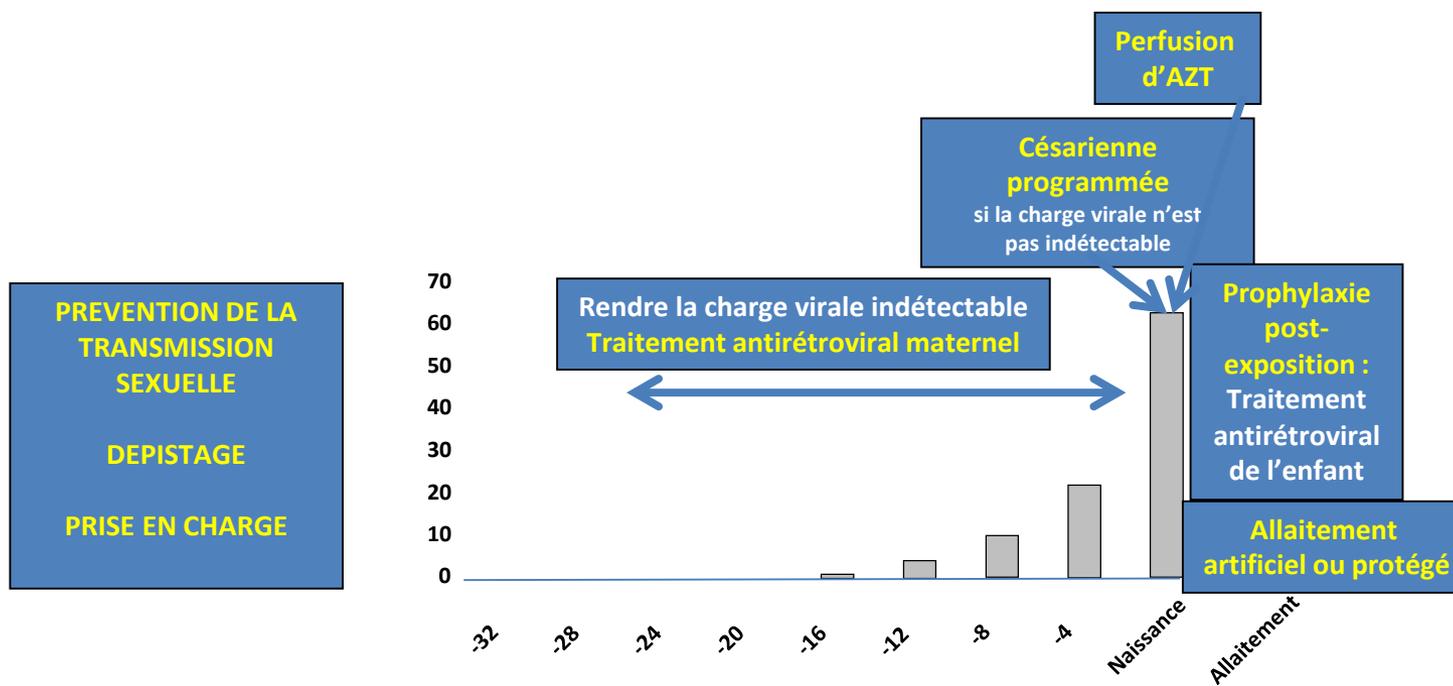
2 ‰ femmes enceintes sont infectées par le VIH

soit 1 500 naissances par an

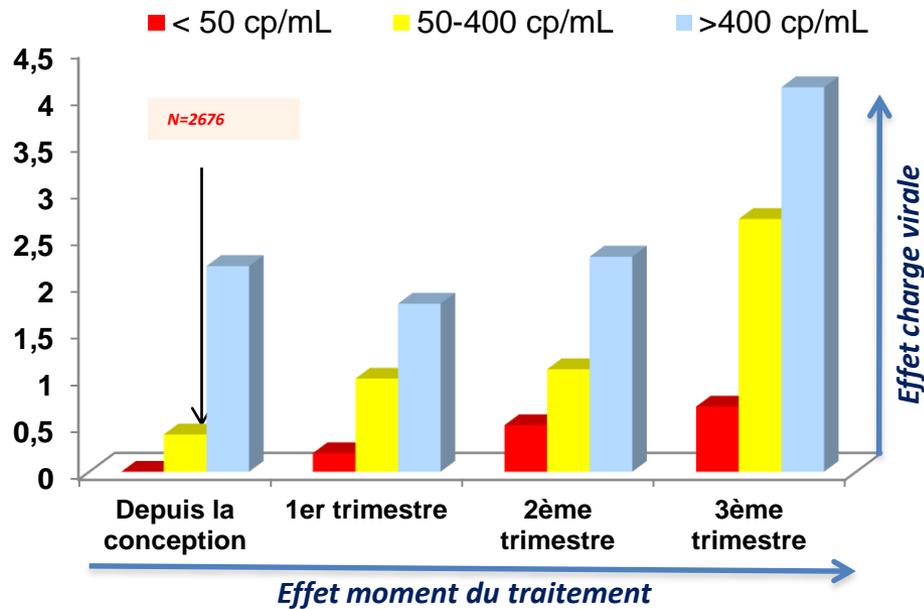
Taux de transmission du VIH-1, France



# Moyens de prévention de la TME du VIH



(d'après C. Rouzioux, D. Costagliola et al)



**Zero transmission**  
 [ 95%CI : 0.0 %- 0.1%]  
 Si CV < 50 c/ml à l'accouchement et  
 ART débuté avant la grossesse  
 (N=2996)

*Mandelbrot et al. CID 2015*

# Pourquoi existe-t-il encore des TME VIH en France ?

## **1% des femmes ne reçoivent aucun traitement pendant la grossesse**

- Echec de dépistage (nbe inconnu)
  - Refus
  - Défaut de prise en charge
  - Pas de contrôle sérologique au 3<sup>ème</sup> trimestre malgré risque connu
- Refus de traitement
- Difficultés d'accès aux soins, au suivi prénatal précoce et régulier
  - Prise en charge tardive

## **chez les femmes suivies et traitées pendant leur grossesse, il persiste quelques cas résiduels de transmission**

- défauts d'observance
- début de traitement tardif
- accouchement prématuré

# Pourquoi existe-t-il encore des TME VIH en France ?

- principale cause de transmission mère-enfant du VIH en France :  
primo-infection en cours de grossesse (ou d'allaitement)  
alors que le test de dépistage était négatif en début de grossesse  
*(Frangé et al PIDJ 2014)*

# Facteurs de risque psycho-sociaux

Jasseron C, Mandelbrot L et al. AIDS Behav. 2013

## Facteurs de risque indépendants

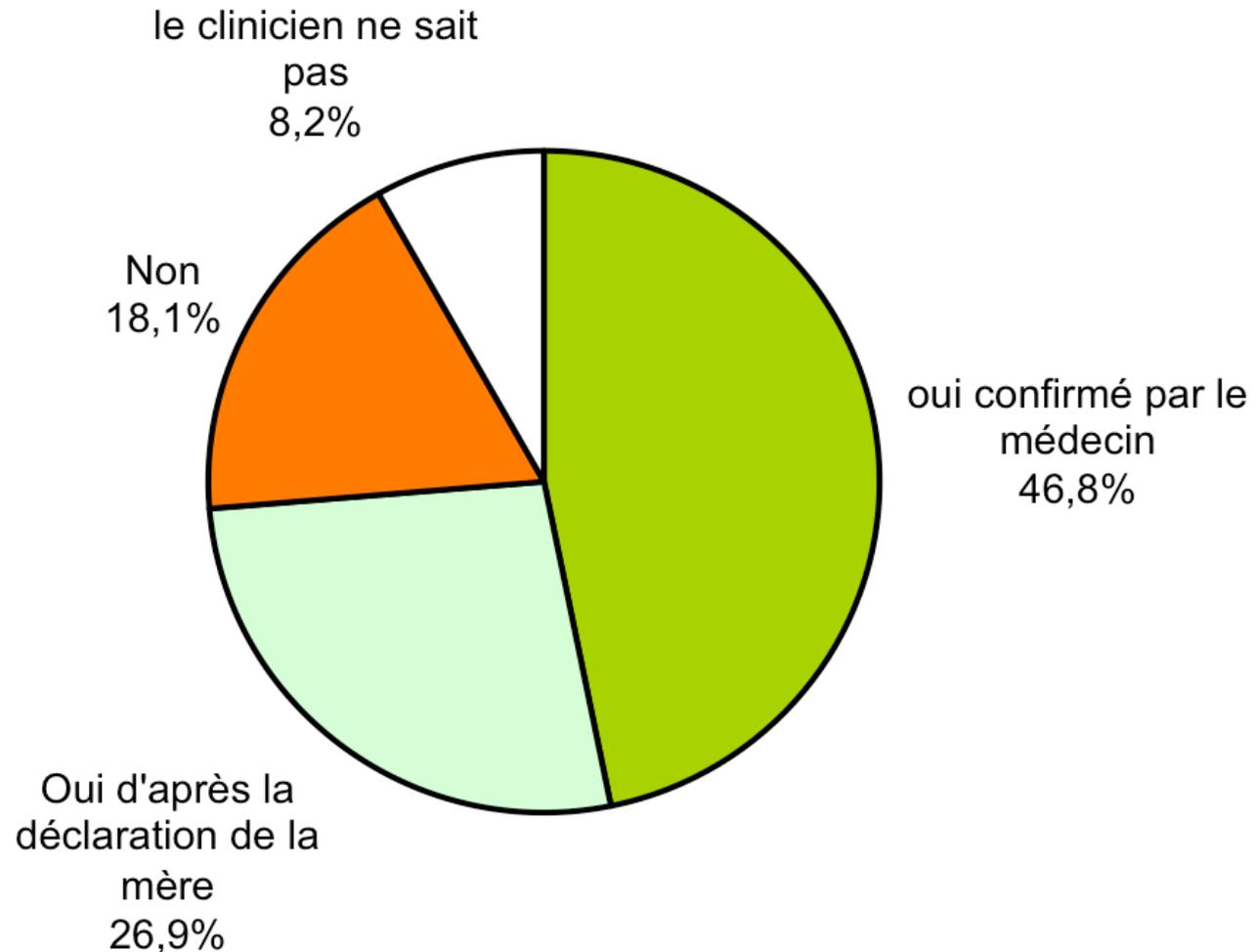
	Dépistage tardif	Début ARV tardif	CV > 50cp
Mère vivant seule - sans travail	×	×	
Père non testé pour le VIH		×	
<u>Non divulgation au père</u>	×	×	×

Origine géographique : n'est pas indépendamment associée à ces situations

## Causes, constats

- Désir/ non contrôle de la procréation
  - facteur culturel
  - VIH
- Rapports sexuels non consentis, violences sexuelles
- Refus du préservatif par le partenaire
- Secret sur le diagnostic VIH
  - non divulgué par le partenaire
    - contaminations
    - primo-infections pendant la grossesse, l'allaitement
  - non divulgué au partenaire, à la famille, à l'entourage
    - risque de stigmatisation de discrimination / risque de mauvaise observance, de défaut de suivi
- Eloignement de la famille
- Refus du traitement, de césarienne, d'interruption de grossesse par le partenaire
- Vulnérabilité sociale : cf enquête Parcours

# Révélation du statut VIH de la mère à son partenaire 2005-11 (n=4671)



# En dehors de la grossesse

- **Vulnérabilité à l'infection VIH**

- Rapports sexuels non consentis, violences sexuelles
- Mariages forcés
- Mutilations sexuelles
- Refus du préservatif par le partenaire
- Secret sur le diagnostic VIH
  - non divulgué par le partenaire
    - contaminations
    - primo-infections pendant la grossesse, l'allaitement
- Parcours migratoire
- Vulnérabilité, précarité (cf enquête Parcours)

- **Vulnérabilité impactant le parcours de santé**
  - Stigmatisation du statut de migrant
  - Méconnaissance du système de santé
  - Barrière de la langue, de la lecture
  - Vulnérabilité / Précarité
    - revenus inférieurs, taux de chômage plus élevé, pénibilité au travail, conditions de logement insalubre, niveau de vie inférieur (Gosselin A Population et Sociétés 2016),
    - absence ou caractère provisoire du titre de séjour, obstacle à l'hébergement et à l'emploi, exploitation économique
    - sociale/ familiale
  - Stigmatisation du statut VIH

## **Vivre avec le VIH : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2** **// *Living with HIV: first results of the ANRS-VESPA2 study***

- Enquête dans les services hospitaliers avec une file active >100 patients
- Eligibilité des patients
  - > 18 ans
  - Diagnostic > 6 mois
  - Résidence en France > 6 mois
- Echantillon aléatoire de services et de patients
- 73 services, 410 médecins, 3022 patients inclus
- Taux de participation : 58%
- Pondération et redressement des résultats sur la base du registre des éligibles pour permettre la généralisation des résultats à la population des PVVIH

*Enquête PARCOURS*  
**Parcours de vie, VIH et hépatite B  
chez les migrants subsahariens vivant  
en Ile de France**

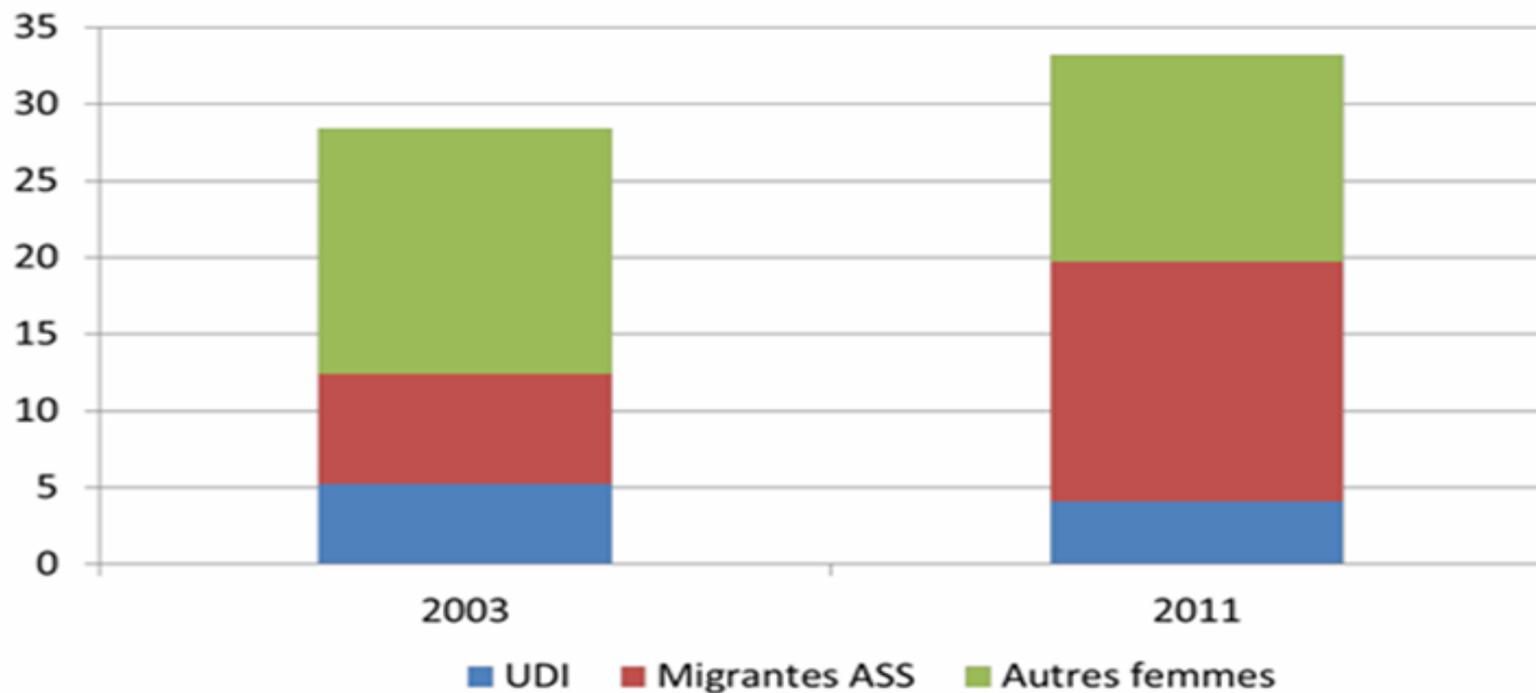
cf intervention A Desgrées du Loû

## Migrants infectés par VIH

- > 80% viennent de 5 pays: Côte-d'Ivoire, Cameroun, Congo-Brazzaville, République démocratique du Congo et Centrafrique (*Lert F Bull Épidémiol Hebd 2013 (b)*)
- 1% de la population totale vivant en France
- 13% de la population immigrée (*Brutel C INSEE 2016*)
- 25% des PVVIH
- > 75% des PVVIH immigrées suivies à l'hôpital en 2012 (*Lert F Bull Épidémiol Hebd 2013 (a)*, *Dray-Spira R Bull Épidémiol Hebd 2013*, *Tron L PLoS One 2014*, *Cazein F Bull Épidémiol Hebd 2014*)
- proportion femmes > hommes

# Part des femmes parmi les PVVIH

Féminisation liée à la part des femmes immigrées d'Afrique Subsaharienne



	UDI	Migrantes ASS	Autres femmes	Total
Vit seule	34%	19%	32%	27%
Vit seule avec des enfants	9%	32%	16%	23%
En couple avec enfant	9%	27%	14%	21%
En couple sans enfant	32%	8%	39%	19%
Autre	16%	13%	9%	10%
Revenu par unité de consommation (médiane)	1000€ 800-1533	783€ 533-1130	1300€ 800-2000	1000€ 660-1430
Difficultés financières majeures	43%	49%	31%	45%
Privations alimentaires	40%	34%	20%	29%
Au moins 4 restrictions de consommation	37%	43%	18%	41%
Utilisation de l'aide alimentaire	16%	19%	7%	14%
Pas de logement personnel	9%	20%	6%	13%

# Expériences de grande précarité de logement

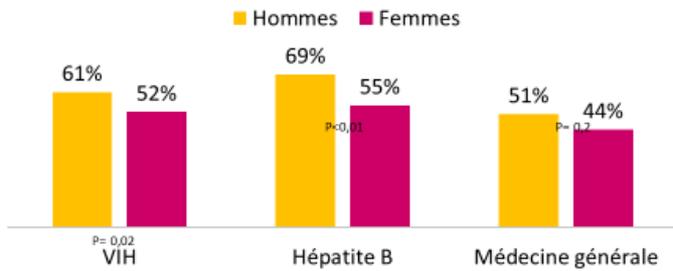
## A déjà dormi dans la rue

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

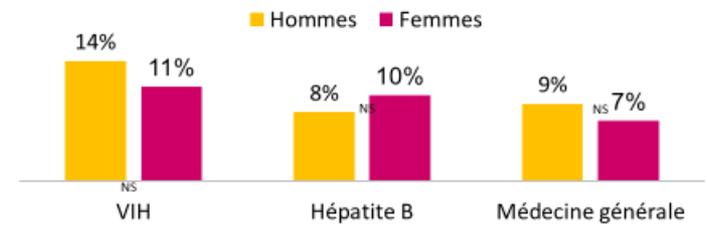
## A déjà dormi dans un squat

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

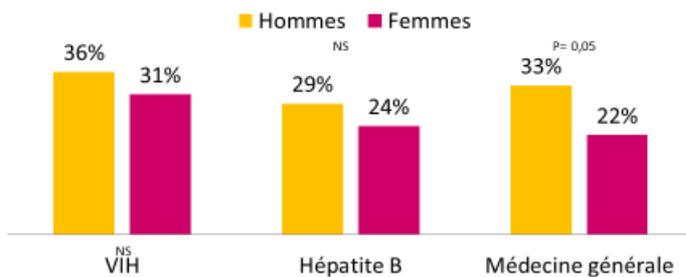
### Avoir été sans titre de séjour pendant au moins un an



### Avoir été sans ressources pendant au moins un an



### Avoir été sans logement stable pendant au moins un an

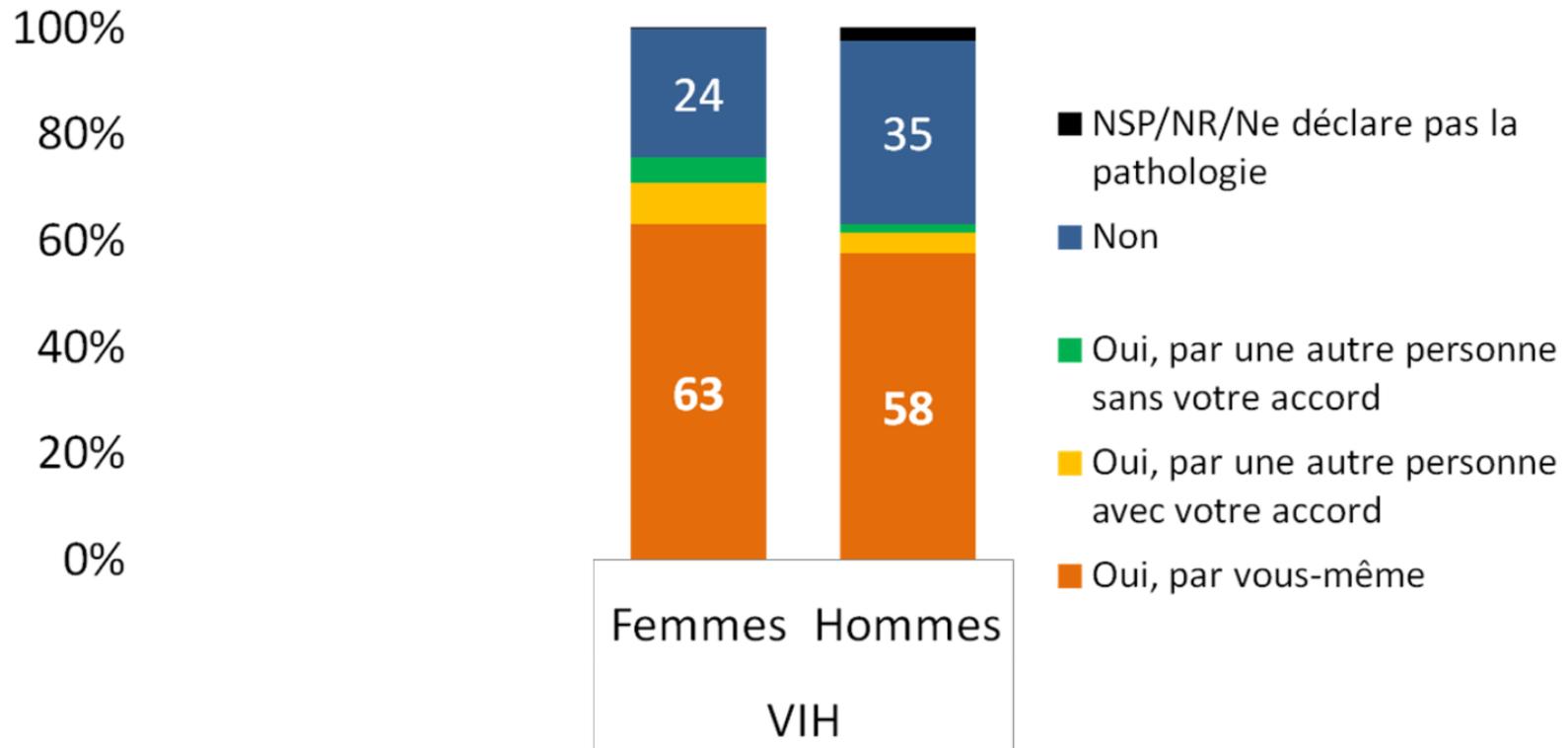


# Facteurs liés au maintien du secret

	Femmes VIH	Hommes VIH
Statut social	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ne pas avoir été scolarisé</li><li>▪ Ne pas avoir de partenaire stable</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ne pas avoir été scolarisé</li><li>▪ Ne pas avoir de partenaire stable</li></ul>
Réseau social	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ N'avoir personne sur qui compter dans les moments difficiles</li></ul>	
Age et année du dépistage	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dépistage après 30 ans</li></ul>	

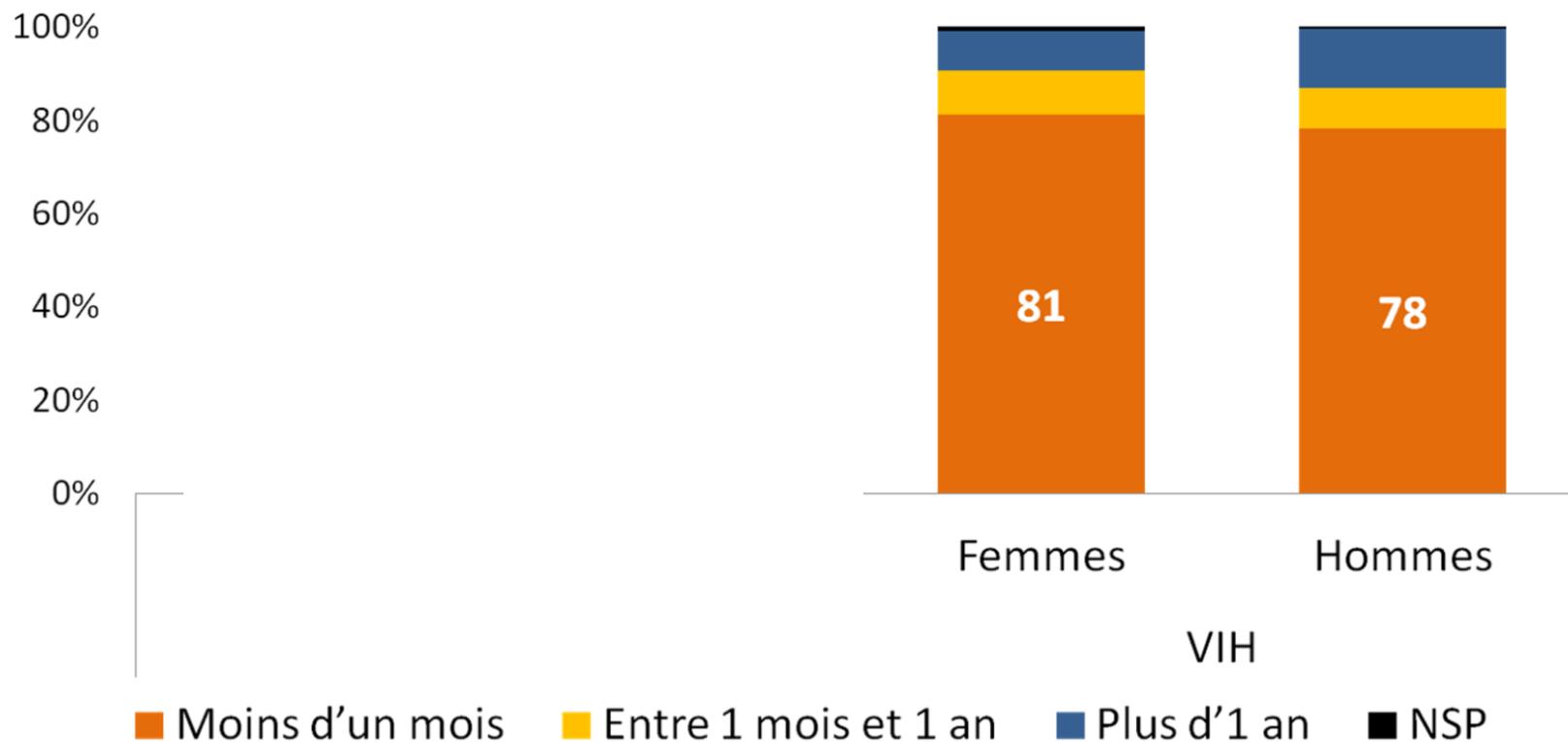
# Le dire ou non et comment ?

Est-ce que quelqu'un de votre entourage a été informé que vous aviez l'Hep B / le VIH ?



# Dire sa maladie : quand ?

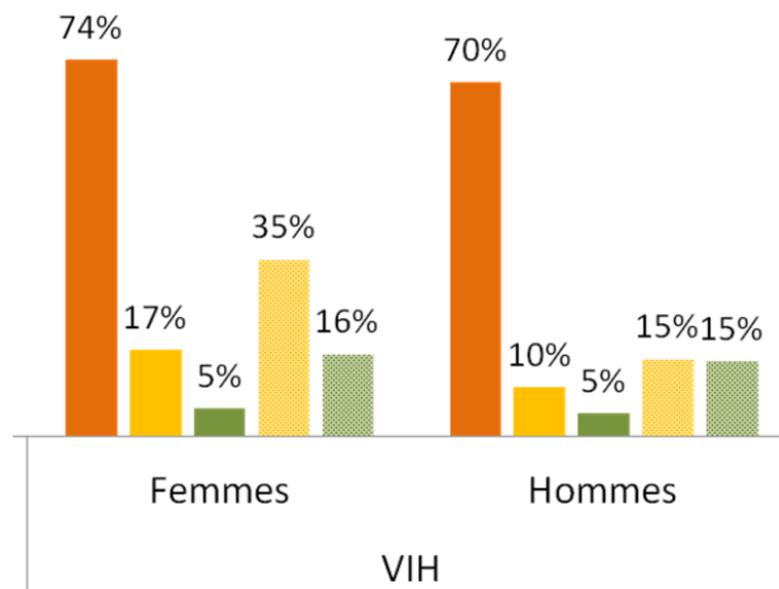
**Au bout de combien de temps ?**  
*(pour les personnes qui en ont volontairement parlé)*



# Dire sa maladie : à qui ?

Quelles sont les personnes actuellement au courant de votre  
Hep B / VIH ?

■ Conjoint ■ Mère ■ Père ■ Sœur ■ Frère



# L'impact respectif de la migration et du diagnostic VIH sur l'activité, l'union et le bien-être

Régressions logistiques à temps discret sur la probabilité de perdre son activité, de connaître une rupture d'union ou une perte de bien-être

	Perte d'activité	Rupture d'union	Perte de bien-être
<b>Période (ref avant 1996)</b>			
1996-2004	1.5 [1.0,2.3]	1.7 [1.2,2.4]	1.5 [0.9,2.2]
2005-2013	2.1 [1.2,3.6]	1.7 [0.9,3.0]	1.8 [0.8,3.9]
<b>Raison de la venue en France (ref travailler, tenter sa chance)</b>			
Raisons familiales	1.4 [1.0,2.1]	0.8 [0.6,1.1]	0.8 [0.5,1.3]
Menacée dans son pays	1.3 [0.9,2.0]	1.1 [0.7,1.8]	1.7 [1.0,2.8]
Etudes	0.8 [0.39,1.4]	1.1 [0.7,2.0]	0.8 [0.4,1.6]
Raisons médicales	1.9 [1.0,3.6]	0.8 [0.4,1.5]	0.9 [0.4,2.4]
<b>Migration</b>			
Pas encore migré	1.0 [1.0,1.0]	1.0 [1.0,1.0]	1.0 [1.0,1.0]
Année de la migration et suivante	11.0 [6.8,17.8]	2.9 [1.7,5.0]	14.4 [8.2,25.4]
3 <sup>e</sup> année en France <sup>+</sup>	1.5 [0.8,2.8]	1.0 [0.6,1.7]	3.7 [2.0,7.0]
<b>Diagnostic</b>			
Pas encore diagnostiqué (e)	1.0 [1.0,1.0]	1.0 [1.0,1.0]	1.0 [1.0,1.0]
Année du diagnostic et suivante	1. [0.6,1.9]	0.9 [0.5,1.5]	5.3 [3.0,9.4]
3 <sup>e</sup> année après diag <sup>+</sup>	1.0[0.5,2.0]	0.6 [0.4,1.1]	0.2 [0.1,0.5]
Naissance enfant	2.6 [1.6,4.0]	0.2 [0.1,0.5]	1.3 [0.8,2.3]

Résultats ajustés sur: le temps, la région d'origine, le niveau d'étude, l'âge

# Correlates of sexual situations (women)

	Casual sex	Transactional sex	Forced sex
	Women OR <sub>a</sub> [95% CI]	Women RR <sub>a</sub> [95% CI]	Women RR <sub>a</sub> [95% CI]
HIV (vs non HIV)	<b>1.30 [1.09-1.56]</b>	<b>2.09 [1.23-3.53]</b>	<b>3.26 [1.69-6.28]</b>
<i>Situation at arrival in France</i>			
Single	1	1	1
Stable partner in France	<b>0.38 [0.31-0.47]</b>	<b>0.37 [0.20-0.66]</b>	<b>0.45 [0.22-0.90]</b>
Stable partner abroad	0.78 [0.54-1.13]	<b>0.31 [0.11-0.88]</b>	<b>0.05 [0.01-0.40]</b>
<i>Housing situation*</i>			
No stable house	<b>2.03 [1.46-2.84]</b>	<b>10.26 [5.0-21.12]</b>	<b>3.37 [1.48-7.67]</b>
Hosted by family	<b>1.51 [1.20-1.92]</b>	1.99 [0.76-5.31]	1.37 [0.71-2.62]
Hosted by institutions	1.45 [0.96-2.18]	<b>16.20 [8.2-32.95]</b>	0.46 [0.13-1.59]
Own house	1	1	1

# Prise en charge

- Le diagnostic VIH est fait plus tardivement chez les hommes migrants après leur infection (médiane 54 (22-77) mois), mais les femmes ont un délai médian entre infection et diagnostic de 41 (15-59) mois (*Supervie V AIDS Lond Engl 2014, Supervie V Rev Prat 2014, Lot F INVS 2016*)
- les hommes et les femmes migrants reçoivent moins souvent un traitement antirétroviral que les autres groupes de personnes, et ont des CD4 plus bas et une charge virale moins souvent indétectable sous traitement (*Vespa 2, Dray-Spira R Bull Epidémiol 2013*)

# Prise en charge

- prise en compte des caractéristiques démographiques, biologiques et cliniques à l'initiation du traitement
  - *Later cART Initiation in Migrant Men from Sub-Saharan Africa without Advanced HIV Disease in France. de Monteynard, PLOS one 2015*
    - les femmes migrantes ne débutent pas leur 1ère trithérapie de façon significativement plus tardive que les non migrants (analyse multivariée)
    - les migrants reçoivent plus souvent une combinaison 2 INTI + 1IP/r
  - *Timing of combined antiretroviral treatment initiation in male and female migrants living with HIV in Western Europe. Migrant Health Working Group for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research in Europe (COHERE) in EuroCoord.*

# Prise en charge

- *Influence of geographic origin, gender and HIV transmission group on the outcome of first-line combined antiretroviral therapy (cART) in France. de Monteynard L-A, AIDS 2016*
  - 9746 patients, 25% migrants ASS/NFW
  - les migrants débutent plus souvent (38% vs 27.5%) le traitement à moins de 200 CD4
  - les hommes hétérosexuels, quelle que soit leur origine, ont une probabilité plus faible d'avoir une charge virale indétectable après initiation des ARV
  - les migrants, hommes et femmes, ont une probabilité plus faible de restauration CD4 après initiation des ARV
  - les hommes hétérosexuels, migrants ou non, ont un risque plus élevé d'avoir un premier évènement SIDA, un évènement ne définissant pas le SIDA ou de décéder après initiation des ARV

rôle majeur du niveau de CD4, du statut clinique et de l'âge à l'initiation du traitement sur la réponse au traitement

# Prise en charge

- *Seng, R, Sub-Saharan African migrants have slower initial CD4<sup>+</sup> cell recovery after combined antiretroviral treatment initiation than French natives, AIDS 2017*
  - Cohorte Copana
  - 319 pts nés en France; 175 migrants SSA
  - Restauration CD4 plus lente dans les 4 premiers mois de cART, (réponse virologique non différente)

Merci de votre attention

Questions ?