

# VIVRE AVEC LE VIH, IMMIGRÉ, AFRICAIN EN FRANCE : L'ENQUÊTE PARCOURS

Annabel Desgrées du Loû, Anne Gosselin, Julie Pannetier

## Introduction

En Europe, les immigrés forment le deuxième groupe de population le plus touché par l'épidémie de VIH, après les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) [1]. En France, parmi les immigrés ce sont ceux d'Afrique subsaharienne qui sont particulièrement concernés : ils représentaient 31 % des nouveaux diagnostics en 2013 [2]. Plusieurs questions se posent sur les liens entre le VIH et le parcours migratoire. Tout d'abord celle de la place du diagnostic par rapport à la migration : les immigrés vivant avec le VIH ont-ils appris leur diagnostic avant la migration et sont-ils venus en France pour se faire soigner ou, au contraire, ont-ils découvert une fois arrivés en France qu'ils étaient porteurs du VIH ? Le moment de l'infection par rapport à la migration est aussi une question importante : les Africains vivant avec le VIH en Europe ont-ils été infectés en Afrique, comme on le pense bien souvent, puisque c'est là que l'épidémie est la plus développée ? Ou, au contraire, ont-ils été infectés après leur migration, dans le pays où ils se sont installés ? Enfin, quel est l'impact d'un diagnostic VIH en termes d'accès aux soins, mais aussi dans ses retentissements sur tous les domaines de la vie (famille, logement, travail, bien être...) quand on est immigré ?

L'enquête ANRS Vespa, menée en 2003 puis 2010 auprès de personnes vivant avec le VIH (PWVIH) en France a montré que, parmi elles, les immigrés africains étaient plus précaires, plus souvent sans logement stable et au chômage que les autres [3]. Pour mieux comprendre en quoi ces difficultés vécues par les Africains vivant avec le VIH sont dues à la maladie ou au fait d'être immigré, quel est l'impact du VIH sur des vies marquées par la migration et quelles sont les spécificités de la vie avec le VIH quand on est immigré, l'enquête ANRS Parcours a été menée en 2012-2013 auprès d'un large échantillon d'immigrés africains vivant en Île-de-France.

## L'enquête Parcours : présentation et méthodologie

L'enquête a été menée en Île-de-France, où résident 60 % des immigrés africains vivant en France. Pour pouvoir comparer des immigrés subsahariens vivant avec le VIH avec d'autres non infectés par ce virus, trois groupes ont été constitués : un groupe de personnes vivant avec le VIH, un groupe vivant avec une hépatite B chronique (infection VHB présentant plusieurs points communs avec le VIH, mais avec des conséquences sociales très différentes) et un groupe n'ayant aucune de ces deux infections. Pour chaque groupe, le recrutement des enquêtés s'est fait au sein de structures de santé tirées au sort : 24 services hospitaliers de prise en charge du VIH, 20 structures de prise en charge de l'hépatite B (dont 17 services hospitaliers) et 30 structures de médecine générale (centres de santé, permanences d'accès aux soins de santé (Pass), centres

d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) de Médecins du Monde, Comede). Au total, environ 2 500 personnes nées en Afrique subsaharienne ont été interrogées. Avec le support d'une grille de datation, des enquêteurs les ont aidées à raconter et dater les événements survenus tout au long de leur vie, avant et après la migration, de façon à reconstituer leurs histoires résidentielles, familiales et relationnelles, professionnelles, l'historique des dépistages, des hospitalisations et des traitements, ainsi que l'historique de leurs titres de séjours à partir de l'arrivée en France. Grâce à ce recueil d'information dit biographique et rétrospectif, complété par le recueil de quelques informations médicales dans les structures de santé, il a ensuite été possible d'analyser de façon quantitative et statistique l'enchaînement des différents événements de vie et l'articulation des moments-clés de l'histoire du VIH (exposition aux risques sexuels – dépistages – diagnostic – mise sous traitement) avec les situations de vie avant et après la migration.

Dans ce chapitre nous ne présenterons pas les résultats concernant le groupe porteur d'une hépatite B chronique, pour simplifier le propos. Tous les résultats de l'enquête, y compris ceux concernant le groupe vivant avec une hépatite B chronique, sont rassemblés dans un ouvrage de synthèse [4].

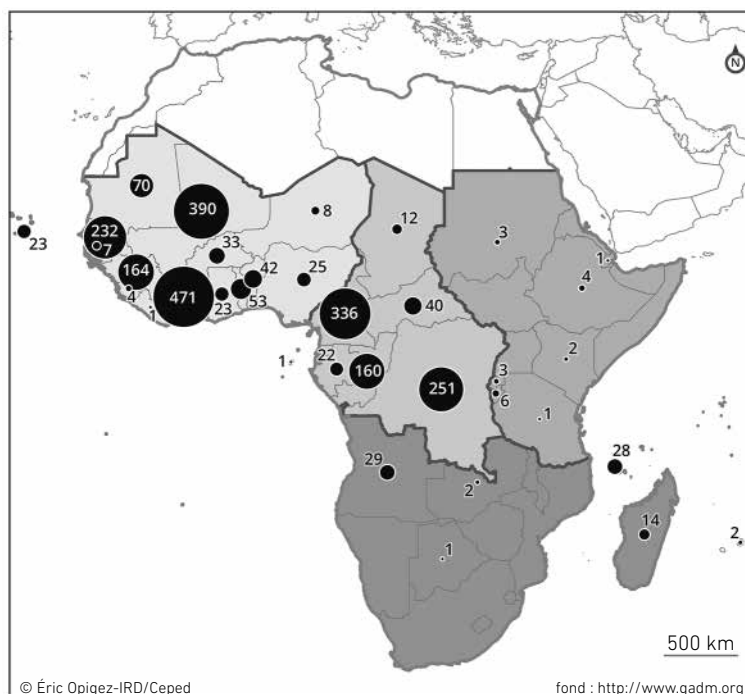
## Situation à l'arrivée en France. Les immigrés africains sont-ils venus en France pour se faire soigner ?

La *figure 1* montre la répartition de la population enquêtée selon les pays de naissance : l'Afrique subsaharienne est représentée dans son ensemble, avec une plus forte représentation des pays qui ont été des colonies françaises, à l'image des flux migratoires de l'Afrique vers la France. La période d'arrivée en France varie beaucoup dans l'enquête, avec des personnes arrivées entre 1972 et 2013.

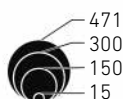
Les raisons déclarées de la migration diffèrent entre hommes et femmes (*tableau 1*). Les hommes sont, plus souvent que les femmes, venus en France chercher du travail ; les femmes sont plus souvent venues pour rejoindre un conjoint ou de la famille. Cela entraîne des situations conjugales différentes à l'arrivée entre hommes et femmes, les hommes arrivant plus souvent célibataires ou en couple dit « transnational », c'est-à-dire que leur conjointe est restée au pays. Une part non négligeable des personnes enquêtées déclare être venue en France pour fuir un pays où elles se sentaient menacées (soit du fait de la situation politique ou militaire dans le pays, soit pour des raisons familiales ou personnelles : mariages forcés, excision, etc.). Dans le groupe VIH cela représente 18 % des hommes et 10 % des femmes, et cette proportion augmente avec le temps chez les femmes : parmi celles arrivées depuis 2005, environ une sur cinq dit être venue pour fuir des menaces dans son pays.

La migration pour raisons de santé est la moins fréquente : même dans le groupe VIH, seuls 9 % des hommes et des femmes disent être venus en France pour raison de santé (sans précision du type de problème de santé), et cela est corroboré par la proportion de ceux dont le diagnostic VIH n'a été posé qu'après leur arrivée en France. Chez les hommes comme chez les femmes vivant avec le VIH, 90 % n'ont appris leur infection qu'après l'arrivée en France. L'infection VIH n'est donc pas, dans la très grande majorité des cas, la raison pour laquelle ces personnes sont arrivées en France.

**Figure 1** Répartition des personnes enquêtées en Île-de-France selon leur pays d'origine.  
Enquête ANRS Parcours 2012-2013



**Nombres d'enquêtés  
par pays d'origine**



Afrique de l'Ouest	Afrique de l'Est
Afrique centrale	Afrique australe

## Une installation difficile et qui prend du temps

Malgré la diversité des raisons de la migration et des niveaux d'éducation, les expériences de précarité au moment de l'arrivée sont très fréquentes. Dans le groupe de référence, non infecté par le VIH ou le VHB, 22 % des hommes et 12 % des femmes n'avaient pas de logement stable à l'arrivée et près de la moitié ont été hébergés par des amis ou de la famille. La précarité administrative est très élevée : près de la moitié des hommes et un tiers des femmes ont connu une période sans titre de séjour à leur arrivée en France, et un peu plus d'un tiers n'avaient que des autorisations provisoires de séjour. On retrouve là une observation faite dans d'autres enquêtes : les contraintes fortes sur l'accès au droit au séjour dans le système français créent de l'irrégularité, même parmi les personnes entrées régulièrement sur le territoire [5]. Enfin, la proportion de personnes sans emploi l'année de l'arrivée est élevée : 26 % des hommes et 50 % des femmes [6].

**Tableau 1** Description de la population enquêtée – Groupe VIH et groupe de référence (non diagnostiqué VIH, centres de santé généralistes). Enquête ANRS Parcours, 2012-2013

	Hommes				Femmes			
	Groupe VIH		Groupe de référence		Groupe VIH		Groupe de référence	
	(N = 353)		(N = 356)		(N = 573)		(N = 407)	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Âge à l'arrivée en France [IQR]	30 [25-37]		26 [22-32]		28 [23-34]		26 [20-31]	
Séjour en France [IQR]	13 [8-24]		12 [4-24]		12 [7-17]		13 [6-25]	
Période d'arrivée								
Avant 1996	37 %	127	33 %	96	24 %	140	37 %	121
1996-2004	36 %	126	27 %	98	46 %	254	30 %	116
2005-2013	27 %	100	40 %	162	30 %	179	33 %	170
Statut conjugal à l'arrivée								
Célibataire	56 %	198	61 %	212	55 %	308	46 %	199
En couple en France	30 %	97	24 %	86	37 %	226	48 %	178
En couple à l'étranger	14 %	55	15 %	57	7 %	36	6 %	30
Raisons de la migration								
« Tenter sa chance » / trouver du travail	43 %	169	39 %	156	35 %	204	20 %	101
Raisons familiales	15 %	47	15 %	49	39 %	212	46 %	165
Menacé.e dans son pays	18 %	55	24 %	76	10 %	60	17 %	79
Études	15 %	52	20 %	61	8 %	43	13 %	43
Raisons de santé	9 %	27	2 %	12	8 %	52	4 %	18
Diagnostic après la migration	90 %	313			90 %	503		

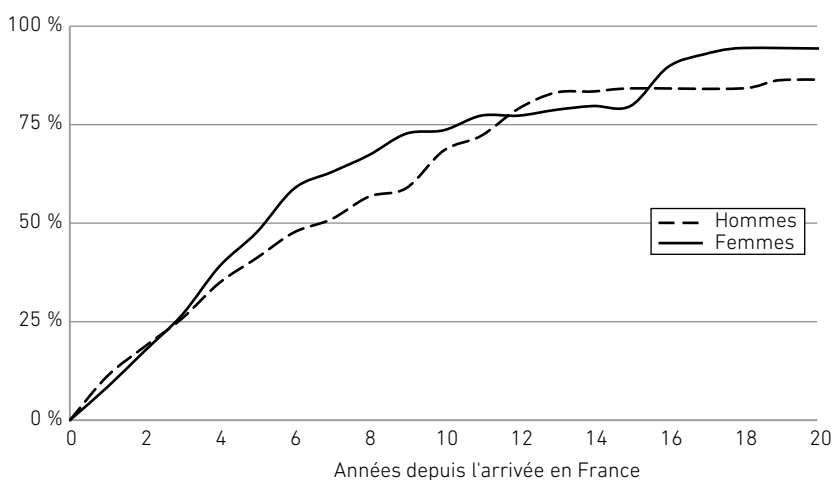
Champ : ensemble des répondants. Lecture : parmi les hommes du groupe VIH, 90 % ont été diagnostiqués après la migration.

IQR : écart interquartile.

Nous avons estimé que, pour être installé, il faut au minimum avoir un logement stable et à soi (ne pas être juste hébergé), avoir un titre de séjour d'au moins un an (donc ne pas avoir à aller à la préfecture tous les trois mois renouveler des récépissés) et avoir un travail rémunéré (quel qu'il soit, déclaré ou pas, à temps partiel ou plein). Pour accéder à ces trois indicateurs d'une installation « basique », il a fallu attendre au moins 6 ans après leur arrivée en France pour la moitié des femmes et 7 ans pour la moitié des hommes, que ce soit dans le groupe de référence, non infecté par le VIH ou le VHB, ou dans le groupe de PVIH (figure 2). Au bout de 12 ans, un quart des hommes n'a toujours pas obtenu ces trois éléments de l'installation (11 ans pour les femmes). Les immigrés d'Afrique subsaharienne, qu'ils soient ou non infectés par le VIH, traversent donc une très longue période de précarité à leur arrivée en France.

Les caractéristiques individuelles ont peu d'effet sur cette longue précarité à l'arrivée. Que les personnes soient venues dans le cadre du regroupement familial ou pour d'autres raisons, quel que soit leur âge à l'arrivée, leur statut conjugal ou leur région de naissance, la durée de l'installation ne varie pas. Les hommes qui ont fait des études supérieures et les femmes qui sont venues chercher un travail s'installent un peu plus vite que les autres, mais globalement, malgré la diversité de leurs profils, les immigrés venus d'Afrique subsaharienne ont tous une probabilité importante de traverser une longue période de précarité. Aucune caractéristique individuelle ne protège vraiment de cette précarité, qui s'explique plus par le contexte (difficultés généralisées à trouver un logement et un emploi, fortes contraintes sur les titres de séjour) que par les profils individuels [6].

**Figure 2** Part des personnes (en %) ayant accès à l'installation (un logement à soi, un titre de séjour d'au moins un an et un travail rémunéré) selon le nombre d'années passées en France, par sexe. Enquête ANRS Parcours 2012-2013



*Champ : hommes et femmes du groupe de référence âgés de 18 ans et plus au moment de la migration et qui ne sont pas étudiants à l'arrivée. Note : les résultats ont été obtenus à l'aide de l'estimateur de Kaplan-Meier. Lecture : au cours de la première année en France, 11 % des hommes et 8 % des femmes ont obtenu les trois éléments d'installation.*

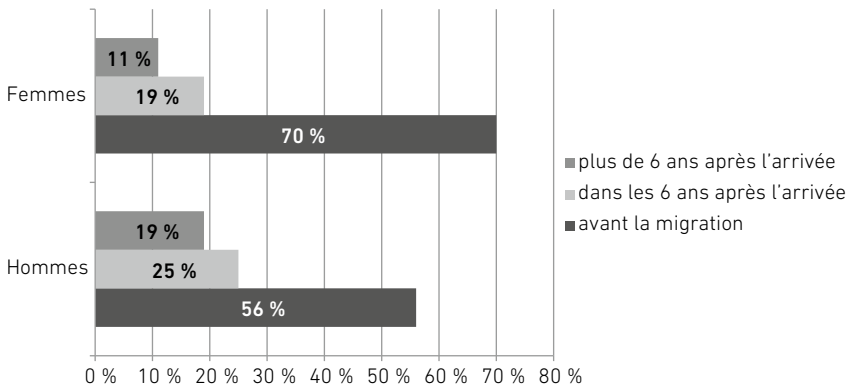
## Infection VIH : avant ou après la migration ?

Le poids de l'épidémie dans la population des immigrés africains est lié au fait que le continent africain est le plus touché par cette épidémie. Cependant, l'analyse des souches virales suggère qu'une partie des contaminations chez les immigrés africains s'est produite en Europe et non en Afrique : en effet, une personne sur 4 est porteuse du sous-type B du virus VIH-1, quasi absent sur le continent africain mais en revanche majoritaire en France et en Europe de l'Ouest [7]. Pour estimer la part des infections qui ont pu se produire après l'arrivée en France, nous avons combiné des informations disponibles sur les histoires de vie et des données biologiques. Les personnes qui avaient

été diagnostiquées au moins 11 ans après leur arrivée, ou qui avaient eu en France un test de dépistage du VIH négatif, ou encore qui avaient commencé leur vie sexuelle en France, ont été considérées comme infectées en France. Pour toutes les autres, nous avons utilisé une modélisation du déclin des lymphocytes CD4 pour estimer, à partir du nombre de CD4 au diagnostic, le délai entre l'infection et le diagnostic. Selon que nous avons appliqué une hypothèse stricte ou une hypothèse médiane dans notre modélisation, nous estimons que 35 % à 49 % des migrants africains suivis pour une infection VIH l'ont contractée après leur arrivée en France. En appliquant l'hypothèse la plus stricte, qui permet de relier la probabilité d'avoir été infecté en France aux caractéristiques individuelles, il apparaît que ce sont particulièrement les hommes qui ont été infectés en France : près de la moitié (44 %) des hommes africains suivis aujourd'hui pour un VIH ont contracté ce virus après leur arrivée en France, cette proportion étant de 30 % pour les femmes [8].

Toujours avec la même méthode, on peut estimer si l'infection a eu lieu dans les six premières années après l'arrivée en France, souvent marquées par la précarité comme on l'a vu plus haut, ou après, une fois la situation résidentielle et administrative stabilisée. Il apparaît qu'une part importante des infections survenues en France a effectivement eu lieu pendant cette période qui suit l'arrivée, mais qu'il reste 11 % des femmes et 19 % des hommes qui se sont infectés plus de six ans après l'arrivée (figure 3).

**Figure 3** Estimation du moment de l'infection par rapport à la migration, par sexe.  
Enquête ANRS-Parcours 2012-2013



Champ : hommes et femmes du groupe VIH pour lesquels l'infection a pu être datée.

Lecture : 11 % des femmes et 19 % des hommes du groupe VIH ont été infectés plus de 6 ans après l'arrivée en France.

Ces chiffres montrent qu'il est impératif de développer des actions de prévention adaptées à la population africaine vivant en France, particulièrement dans les années qui suivent la migration, mais aussi une fois que les personnes sont installées car le risque d'infection par le VIH perdure même plusieurs années après l'arrivée.

La collecte d'informations sur tout le parcours de vie a permis de mettre en évidence le fait que, après l'arrivée en France, les années sans logement stable et les années sans titre de séjour sont des années où les personnes sont plus exposées aux risques sexuels. En effet, ne pas avoir de logement à soi et ne pas avoir de titre de séjour

rendent difficile l'engagement dans des relations stables. Ce sont des années où les relations sont plus souvent occasionnelles, voire transactionnelles, c'est-à-dire des relations sexuelles qu'on n'aurait pas souhaitées mais qu'on accepte en échange d'un hébergement, d'une aide financière ou matérielle. Les préservatifs étant insuffisamment utilisés (seuls 55 % des hommes et 28 % des femmes déclaraient en avoir utilisé avec leur dernier partenaire occasionnel), ces relations exposent au risque d'infection par le VIH [9].

La situation est un peu différente entre les femmes et les hommes. Pour les femmes, l'absence de logement est un déterminant majeur de l'exposition au risque VIH : les années où elles n'ont pas de logement stable ou pas de logement personnel, où elles doivent être hébergées chez des amis ou de la famille, sont aussi des années où elles sont plus exposées à la violence sexuelle, elle-même associée à l'infection par le VIH. On a ainsi pu mesurer que 15 % des femmes qui ont très probablement été infectées en France ont subi des violences sexuelles depuis leur arrivée en France, contre 4 % pour les femmes qui n'avaient pas le VIH [10].

Ainsi, pour les femmes en particulier, l'absence de logement apparaît comme un facteur indirect de l'infection VIH, parce qu'elle expose à des situations sexuelles à risque pour le VIH (relations de courtes durées ou transactionnelles) et aux violences sexuelles.

Chez les hommes, la précarité à l'arrivée augmente aussi l'exposition à l'infection VIH, en favorisant la sexualité occasionnelle, peu protégée. Cependant, certains hommes bien installés apparaissent aussi exposés à l'infection VIH quand ils ont plusieurs partenaires en même temps, toujours sans une utilisation du préservatif suffisante.

## Impact du diagnostic

Chez les personnes qui sont arrivées déjà infectées, le diagnostic survient assez rapidement : 48 % des hommes et 43 % des femmes ont été diagnostiqués dès leur première année passée en France, et 22 % des hommes et 26 % des femmes la deuxième année. Cependant, même si ce diagnostic est plutôt rapide, il est encore trop tardif pour une partie des personnes concernées : dans 44 % des cas pour les hommes et 33 % pour les femmes, il survient à un stade sida ou lorsque les CD4 sont tombés au-dessous de 200/mm<sup>3</sup> [11].

Une fois que les personnes sont diagnostiquées VIH, elles entrent rapidement dans les soins : 95 % d'entre elles sont entrées en traitement l'année de leur diagnostic. Une fois que le traitement est démarré, il est rarement interrompu : cela n'a été le cas que pour 4 % des personnes enquêtées [12].

La collecte de données rétrospective a aussi permis d'évaluer l'impact du diagnostic VIH sur les dimensions sociales de la vie des personnes. Les situations conjugales et professionnelles, qui ont été très bouleversées par la migration, ne le sont pas, en tendance générale, par le diagnostic VIH. En revanche, le diagnostic entraîne une détérioration importante du bien-être perçu. Même si cette baisse du bien-être perçu est limitée dans le temps, et qu'on observe un phénomène de résilience dans les deux ans qui suivent le diagnostic, cela montre bien que même avec la qualité de la prise en charge médicale du VIH atteinte aujourd'hui en France, le diagnostic VIH demeure une épreuve, et ce peut-être encore plus dans la population originaire d'Afrique subsaharienne, où cette maladie est encore très crainte et stigmatisée [13].

## Des niveaux élevés d'anxiété et de dépression

Le niveau de symptômes anxieux et dépressifs a été évalué avec le *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4), qui comprend deux questions évaluant les symptômes anxieux et deux questions mesurant les symptômes dépressifs. Cet outil très simple n'a pas la prétention de caractériser de façon fine les troubles psychiques, mais il permet d'estimer les niveaux de symptômes anxieux et dépressifs pour alerter sur une prise en charge nécessaire.

Ces niveaux apparaissent très élevés chez les Africains vivant en Île-de-France : dans le groupe suivi pour le VIH, 31 % des femmes et 20 % des hommes ont un score correspondant à un niveau de symptômes anxieux et dépressifs modéré à sévère.

Ce score n'est pas significativement différent dans les autres groupes étudiés, le groupe suivi pour une hépatite B ou celui sans VIH ni VHB. Il ne semble donc pas que ces symptômes anxieux et dépressifs soient imputables à la maladie, mais plutôt aux conditions de vie en immigration et aux traumatismes subis sur le parcours. Ces symptômes sont plus fréquents chez les personnes venues en France après avoir fui un pays où elles se sentaient menacées, chez celles qui n'ont pas de titre de séjour ou seulement des autorisations provisoires, et chez les personnes arrivées récemment et qui n'ont pas de travail. Ils sont aussi plus fréquents chez les personnes ayant connu des violences sexuelles ou qui ont dû dormir dans la rue [14].

Ainsi, bien qu'ils ne semblent pas directement liés à l'infection VIH mais davantage aux difficultés du parcours migratoire, les troubles psychiques, ici mesurés seulement *via* l'anxiété et la dépression, concernent une partie importante des personnes nées en Afrique et doivent être pris en compte pour leur bonne prise en charge.

## Conclusion

Dans la vie des personnes qui viennent d'Afrique et qui sont suivies pour un VIH, la migration et l'arrivée en France ont été un tournant majeur. Elles ont changé de pays, quitté tout ou partie de leur famille, quitté un travail, et ont bien souvent rencontré toute une série de difficultés sur leur chemin de migration puis en arrivant en France : difficultés pour se loger, retrouver un travail, avoir un titre de séjour en règle. Parfois, ce sont ces difficultés qui ont pu les exposer à des risques sexuels ou à des violences, et de ce fait elles ont pu être infectées par le VIH après leur arrivée. La plupart de celles qui sont arrivées déjà infectées ne le savaient pas et ont été diagnostiquées après leur arrivée en France. Lorsque le diagnostic VIH est posé, l'entrée dans le soin est rapide et très peu de personnes arrêtent leur traitement.

Plusieurs pistes d'amélioration sont donc à envisager pour mieux prendre en charge le VIH chez les personnes venant d'Afrique : intensifier la prévention, puisque le risque d'infection VIH perdure après l'arrivée en France et est majoré par les conditions de vie difficiles ; proposer le dépistage du VIH le plus vite possible et de façon répétée, pour prendre en charge plus rapidement les personnes infectées ; et enfin prendre en considération dans le suivi des personnes toutes les difficultés inhérentes au parcours d'immigré, en particulier les difficultés d'installation et les souffrances psychiques liées aux traumatismes passés ou aux inquiétudes de la vie en précarité.

### Liens d'intérêt

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec ce chapitre.



## RÉFÉRENCES

- [1] European Centre for Disease Prevention and Control/ WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2015. Stockholm: ECDC; 2016. [Internet] <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2015>
- [2] Cazein F, Pillonel J, Le Strat Y, *et al.* Découvertes de séropositivité VIH et de sida : France, 2003-2013. *Bull Épidémiol Hebd* 2015;(9-10):152-61.
- [3] Lert F, Annequin M, Tron L, *et al.* Situation sociale et état de santé des personnes vivant avec le VIH aux Antilles, en Guyane et à La Réunion en 2011. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2. *Bull Épidémiol Hebd* 2013;(26-27):293-9.
- [4] Desgrées Du Loû A, Lert F. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France. Paris : La Découverte ; 2017. 360 p.
- [5] Lessault D, Beauchemin C. Ni invasion, ni exode. regards statistiques sur les migrations d'Afrique subsaharienne. *Rev Eur Migr Int* 2009;25(1):163-94.
- [6] Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelièvre E, *et al.* Understanding settlement pathways of African immigrants in France through a capability approach: Do pre-migratory characteristics matter? *Eur J Popul* 2018;34(5):849-71.
- [7] Lucas E, Cazein F, Brunet S, *et al.* Types, groupes et sous-types de VIH diagnostiqués en France depuis 2003 : données de huit années de surveillance. *Bull Épidémiol Hebd* 2012;(46-47):533-7.
- [8] Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, *et al.* Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Euro Surveill* 2015;20(46).
- [9] Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, *et al.* Is hardship during migration a determinant of HIV infection? Results from the ANRS PARCOURS study of sub-Saharan African migrants in France. *AIDS* 2016;30(4):645-56.
- [10] Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, *et al.* Prevalence and circumstances of forced sex and post-migration HIV acquisition in sub-Saharan African migrant women in France: An analysis of the ANRS-PARCOURS retrospective population-based study. *Lancet Public Health* 2018;3(1):e16-23.
- [11] Limousi F, Lert F, Desgrées du Loû A, *et al.* PARCOURS Study Group. Dynamic of HIV-testing after arrival in France for migrants from sub-Saharan Africa: The role of both health and social care systems. *PLoS One* 2017;12(12):e0188751.
- [12] Vignier N, Desgrées Du Loû A, Pannetier J, *et al.* Social and structural factors and engagement in HIV care of sub-Saharan African migrants diagnosed with HIV in the Paris region. *AIDS Care* 2019;1-11.
- [13] Gosselin A, Lelièvre E, Ravalihasy A, *et al.* « Times are changing »: The impact of HIV diagnosis on Sub-Saharan migrants' lives in France. *PLoS One* 2017;12(1):e0170226.
- [14] Pannetier J, Lert F, Jauffret Roustide M, *et al.* Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. *SSM Popul Health* 2017;3:549-57.

Sous la direction de  
Christine Katlama • Jade Ghosn  
Gilles Wandeler

VIH

Hépatites virales  
Santé sexuelle

AFRAVIH



# VIH HÉPATITES VIRALES SANTÉ SEXUELLE

Sous la direction de

Christine Katlama • Jade Ghosn • Gilles Wandeler



ALLIANCE FRANCOPHONE DES ACTEURS DE SANTÉ  
CONTRE LE VIH ET LES INFECTIONS VIRALES CHRONIQUES

EDP Sciences  
17, avenue du Hoggar  
PA de Courtabœuf  
91944 Les Ulis Cedex A, France  
Tél. : 01 69 18 75 75  
[www.edpsciences.org](http://www.edpsciences.org)

© EDP Sciences, 2020  
ISBN : 978-2- 7598- 2403-8



Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.