

Chapitre 1

Makasi : une recherche communautaire et interventionnelle

Annabel Desgrées du Loû¹ et Anne Gosselin² pour le groupe MAKASI³

Le projet Makasi est né de la volonté partagée entre différents acteurs et actrices de la lutte contre le VIH de proposer une intervention innovante d'empowerment pour la prévention en santé sexuelle parmi les immigrés d'Afrique subsaharienne en Île-de-France. D'emblée, le projet a eu pour particularité d'être pensé premièrement comme une recherche communautaire, au sens où « chercheurs et acteurs communautaires font ensemble une recherche guidée par les besoins des groupes concernés et visant la transformation sociale » [1] et deuxièmement comme une recherche interventionnelle, au sens où son objectif était bien de mobiliser les outils de la méthode scientifique pour produire des connaissances sur une intervention de santé [2].

Ce projet de recherche communautaire et interventionnelle s'est déroulé dans un contexte bien précis, dont plusieurs aspects peuvent être cités ici : premièrement, la prise de conscience du fait qu'une partie significative des personnes immigrées contractent le virus après la migration, deuxièmement, une évolution du paysage de la prévention en santé sexuelle avec le développement d'outils biomédicaux de prévention [3] (cf. chapitre 4). Les années au cours desquelles s'est déroulée la recherche Makasi (2016-2023) sont aussi les années de l'arrivée de nouveaux acteurs et programmes comme *Vers Paris Sans Sida*, qui développent un faisceau d'actions dont l'objectif est l'appropriation d'une information positive et déculpabilisée de la prévention. Enfin, le contexte est aussi marqué par un durcissement des conditions d'accès aux titres de séjour et à la couverture maladie pour les immigrés en situation de précarité [4, 5].

C'est dans ce contexte que s'est déroulé le projet Makasi et nous revenons dans ce chapitre sur la genèse de la démarche communautaire et sur la présentation de la méthodologie de cette recherche interventionnelle.

¹ Ceped, Université Paris Cité, IRD, Inserm, Paris, France.

² Unité Mortalité, Santé, Épidémiologie, Ined, Aubervilliers, France.

³ Le groupe Makasi est constitué de Annabel Desgrées du Loû, Nicolas Derche, Flore Gubert, Romain Mbiribindi, Maria Melchior (responsables scientifiques), Séverine Carillon, Virginie Comblon, Karna Coulibaly, Angèle Delbe, Jacques Ebongue, Ruth Foundje, Fabienne El Khoury, Charles Gaywahali, Anne Gosselin, Veroska Kohou, France Lert, Belinda Lutonadio, Yves Nyemeck, Ève Plenel, Patricia Mbiribindi, Thierry Miatti, Jean-Paul Nguéya, Andrainolo Ravalihasy, Valéry Ridde, Jean-Noël Senne, Oumar Sissoko, Corinne Taéron, Faya Tess, Iris Zoumenou.

Une recherche communautaire

Genèse du projet : de la description du lien entre précarité et infection VIH à une approche par l'empowerment

Depuis les années 2000, la prise de conscience du poids de l'épidémie VIH en France chez les personnes originaires d'Afrique subsaharienne a conduit peu à peu à penser des recherches et des programmes de lutte contre le VIH dédiés à ce groupe de population [6]. Les personnes nées en Afrique subsaharienne représentent en effet en France environ un tiers des nouveaux diagnostics VIH [7] et un tiers des cas non diagnostiqués en France [8].

L'étude ANRS Parcours a montré en 2015 que l'épidémie VIH dans ce groupe de population n'était pas seulement liée à la situation épidémiologique dans le pays d'origine des personnes, mais aussi à des contaminations en France, avec plus d'un tiers des personnes nées en Afrique subsaharienne et suivies pour un VIH en Île-de-France qui ont été infectées après leur arrivée [9]. Ces chiffres étaient cohérents avec d'autres estimations du même type faites dans d'autres pays européens [10-12] et appelaient donc à accroître l'effort de prévention des risques sexuels dans ces populations africaines en Europe : ils soulignaient en effet une surexposition au VIH dans les pays d'accueil, après la migration. Les différentes enquêtes disponibles dans ces populations montraient en effet une structuration de la sexualité qui exposait aux risques d'IST : multipartenariat fréquent, utilisation insuffisante du préservatif, homophobie persistante qui contraind les relations homosexuelles à rester cachées et donc moins souvent protégées [7, 13, 14].

De plus, l'étude ANRS Parcours a aussi montré comment l'exposition au risque VIH en France dans cette population était étroitement liée à ces situations de précarité sociale et administrative vécues après l'arrivée, avec des processus différents selon le genre [13]. Pour les femmes, l'absence de logement personnel stable, le fait de devoir changer souvent de logement ou/et d'être hébergées augmente l'exposition aux relations sexuelles dites transactionnelles (en échange de logement, ressources diverses), dans lesquelles il est difficile pour les femmes d'obtenir une protection par préservatif [15]. Ces situations de grande précarité résidentielle étaient aussi associées au risque de subir de la violence et des rapports sexuels forcés [16]. Pour les hommes, l'absence de titre de séjour et de logement stable était associée à une fréquence plus importante de rapports sexuels occasionnels. Ces résultats soulignaient non seulement les difficiles conditions de vie auxquelles les immigrés africains doivent faire face, mais aussi un recours insuffisant aux outils de prévention des risques sexuels dans ce groupe, qui connaît par ailleurs d'autres difficultés en santé sexuelle : retards ou absence de dépistage du cancer du col et du cancer du sein [17, 18], niveaux élevés de recours à l'IVG qui peuvent être le signe de besoins en contraception non satisfaits [19]. À cela s'ajoute une détérioration de la santé mentale et des troubles psychologiques qui sont fréquents [20].

Améliorer la santé dans cette population implique de prendre en compte ces articulations entre le social et la santé, et d'agir à différents niveaux [21].

En termes de services sanitaires et sociaux censés répondre aux besoins des immigrés, il existe un dispositif important en Île-de-France aussi bien dans les hôpitaux publics que dans le tissu associatif et humanitaire. Cependant, ces

services demeurent difficiles d'utilisation. Le système de santé n'est pas facile à comprendre, en particulier pour les immigrés chez qui s'ajoutent des problèmes de langue ou de littératie, et qui peuvent faire face à des pratiques professionnelles ou institutionnelles délétères [22]. Les services sont de surcroît structurés autour de la gestion de l'urgence, dans une approche curative et avec un schéma de « prise en charge » fondé sur une relation asymétrique soignant/soigné ou travailleur social/bénéficiaire, peu propice à développer les capacités des personnes à faire des choix éclairés pour elles-mêmes [23].

Or les personnes immigrées d'Afrique subsaharienne peuvent se trouver dans des situations de précarité durable [24] qui limitent leur autonomie et leur capacité à se saisir de ces ressources existantes et à mettre en place une prévention efficace en santé sexuelle.

Face à ce constat, au cours d'une discussion autour des résultats de l'enquête Parcours entre des acteurs et actrices associatifs engagés auprès de cette population et les chercheuses ayant réalisé l'enquête Parcours, lors de la conférence Afraviv de 2016 à Bruxelles, a émergé l'idée de développer une approche par l'empowerment. Après avoir décrit comment les conditions de précarité imposées aux immigrés amplifiaient les risques en santé, il semblait nécessaire de proposer, avec les communautés concernées, une intervention visant à renforcer la capacité d'agir des personnes afin qu'elles puissent s'approprier les ressources existantes pour accéder aux droits et besoins fondamentaux et préserver leur santé, en particulier sexuelle.

Des interventions de prévention du VIH qui s'inscrivent dans cette démarche d'empowerment avaient été développées depuis une dizaine d'années aux États-Unis auprès des Africains-Américains vivant en situation de précarité avec des résultats encourageants [25-27]. Renforcer l'empowerment en santé sexuelle permettrait de réduire les relations transactionnelles, la violence sexuelle et augmenter la proportion de rapports sexuels occasionnels protégés au moyen de la prévention combinée.

Les différents acteurs

Les trois acteurs à l'origine de ce projet sont deux associations (Afrique Avenir et Arcat) et une équipe de recherche basée au Ceped (Université de Paris Cité, IRD, Inserm).

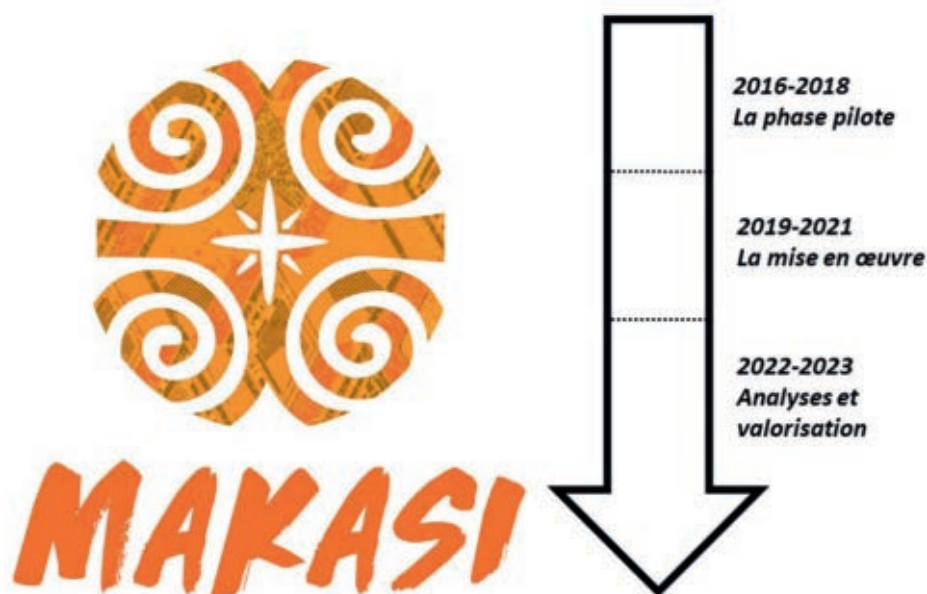
Les deux associations ont obtenu en 2016 un financement pour mettre en place une intervention innovante d'empowerment en santé sexuelle⁴, via l'article 92 de la loi de santé sur les projets d'autonomie en santé, et dans un deuxième temps l'équipe du Ceped a obtenu auprès de l'ANRS un financement dédié pour développer une recherche autour de cette intervention, en s'entourant de deux autres équipes de recherche aux expertises complémentaires : l'équipe Dial pour l'économie de la santé et l'équipe Èrès pour l'épidémiologie de la santé mentale.

La demande des associations, construite dans les échanges autour des résultats de l'enquête Parcours, a donc été motrice dans le projet. D'emblée, un partenariat entre ces deux associations différentes a été pensé, pour construire une intervention de prévention du VIH, parmi les populations africaines, en aller-vers.

⁴ Financement obtenu grâce à Ève Plenel, alors directrice d'Arcat, qui a rédigé le premier projet déposé à cet appel d'offre sur l'autonomie en santé et que nous tenons à remercier ici.

Dès le dépôt des premières demandes de subvention, l'équipe de recherche a été partie prenante du projet. Ainsi, tous les acteurs ont travaillé ensemble, à la fois pendant la phase pilote de discussions, concertations, construction de l'intervention et de la recherche (2016-2018), puis dans la phase de déroulement de l'intervention, de collecte des données pour la recherche sur les effets de l'intervention, et d'analyse et de valorisation des résultats de cette recherche (2019-2023) (figure 1). De ces échanges a émergé le nom du projet : « MAKASI » en lingala (langue parlée en Afrique centrale, notamment en République démocratique du Congo) qui signifie « fort, costaud, résistant ».

Figure 1
Les différentes étapes du projet Makasi



Les différents acteurs sont les suivants⁵ :

- L'association Afrique Avenir (dirigée par Romain Mbiriwindi) réalise des actions de prévention en santé et en particulier en santé sexuelle dans les quartiers fréquentés par les populations d'origine africaine en Île-de-France. L'équipe mobile de médiateurs de santé se déplace dans différents endroits de Paris

⁵ Le Groupe Makasi est décrit dans la note 3 de ce chapitre.

Aux côtés de ces acteurs ont été mis en place un comité de pairs (cf. chapitre 9) et un comité scientifique indépendant se réunissant deux fois par an, constitué de : Sophie Abgrall (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) ; Pierre Chauvin (INSERM) ; Victoria Frye (The City College of New York) ; Adeline Grippon (Médecins du Monde) ; Christelle Hounsou Fifaten (Université Sorbonne Paris Cité/Paris 7 Diderot) ; Corinne Le Huitouze (Sidaction) ; Nathalie Lydié (Santé Publique France) ; Sandrine Musso[†] (Université Aix Marseille) ; Pauline Penot (Hôpital André Grégoire, Montreuil) ; Nicolas Vignier (Hôpital Avicenne), Alphonse Yapi Diahou (Université Paris 8).

et d'Île-de-France et réalise des TROD⁶ VIH et VHC dans des unités mobiles, ainsi que des actions de prévention.

- L'association Arcat (dirigée par Nicolas Derche) est une association qui propose un accompagnement global, social et de santé, des personnes vivant avec le VIH ou une hépatite, et dont les personnes d'Afrique subsaharienne constituent une part importante de la file active.
- L'équipe de recherche du Ceped porteuse de ce projet (Annabel Desgrées du Loû, Anne Gosselin) a coordonné l'enquête ANRS Parcours menée en 2012-2013 auprès de 2 500 personnes d'Afrique subsaharienne dans des centres de santé et services hospitaliers. Des chercheurs de l'Inserm (Maria Melchior, épidémiologiste en santé mentale, ERES/IPLESP) et des économistes (Flore Gubert et Jean-Noël Senne, LEDa-DIAL) complètent le groupe de recherche.

Une recherche interventionnelle

Hypothèses et schéma conceptuel : une intervention fondée sur un entretien d'empowerment individuel pour permettre le changement

Les fondements théoriques de l'intervention MAKASI s'appuient, d'une part sur la théorie de l'empowerment individuel de Ninacs, et d'autre part, sur les principes de l'entretien motivationnel [28].

L'empowerment individuel a été conceptualisé par Ninacs comme s'opérant sur quatre plans [29] : i) exercer son droit de parole (« participation »), ii) consolider des connaissances pour agir (« compétences »), iii) prendre conscience de sa capacité d'agir (« estime de soi ») et iv) prendre conscience que les problèmes que l'on rencontre sont influencés par la façon dont la société est organisée, qu'on n'est pas seul à les rencontrer et qu'on n'en est pas coupable (« conscience critique »). Cette définition permet de mesurer quatre éléments de la santé sexuelle : i) participation et expression des besoins, ii) compétences en santé sexuelle, iii) estime de soi et capacité de négociation, iv) conscience de l'exposition au VIH et de ses déterminants.

L'intervention MAKASI propose d'agir sur ces quatre éléments de l'empowerment individuel en s'appuyant sur l'entretien motivationnel : à travers une approche centrée sur la personne et basée sur l'écoute de ses besoins, on s'appuie sur les motivations de la personne pour envisager le changement [28]. L'efficacité de l'entretien motivationnel sur des changements de comportements a été prouvée dans plusieurs domaines [30, 31]. Une intervention courte avec un entretien motivationnel unique délivré parmi des patients des urgences a permis de réduire la consommation d'alcool et les rapports sexuels non protégés aux États-Unis [32]. L'hypothèse sur laquelle a été construite l'intervention MAKASI est qu'un entretien individuel unique d'empowerment basé sur les principes de l'entretien motivationnel et articulé à une orientation active vers les services et ressources pertinents peut permettre aux immigrés de se saisir plus efficace-

⁶ Le test rapide d'orientation diagnostique (TROD). Une goutte de sang est prélevée au bout du doigt. Cette goutte de sang est mise en contact avec des solutions réactives afin d'établir ou non la présence d'anticorps dirigés contre le VIH, virus responsable du sida ou le virus de l'hépatite C (VHC). Le résultat est obtenu entre 2 et 30 minutes plus tard selon le type de TROD utilisé.

ment des outils et dispositifs existants et ainsi améliorer leur autonomie et leur capacité de protection dans les interactions sexuelles et relationnelles.

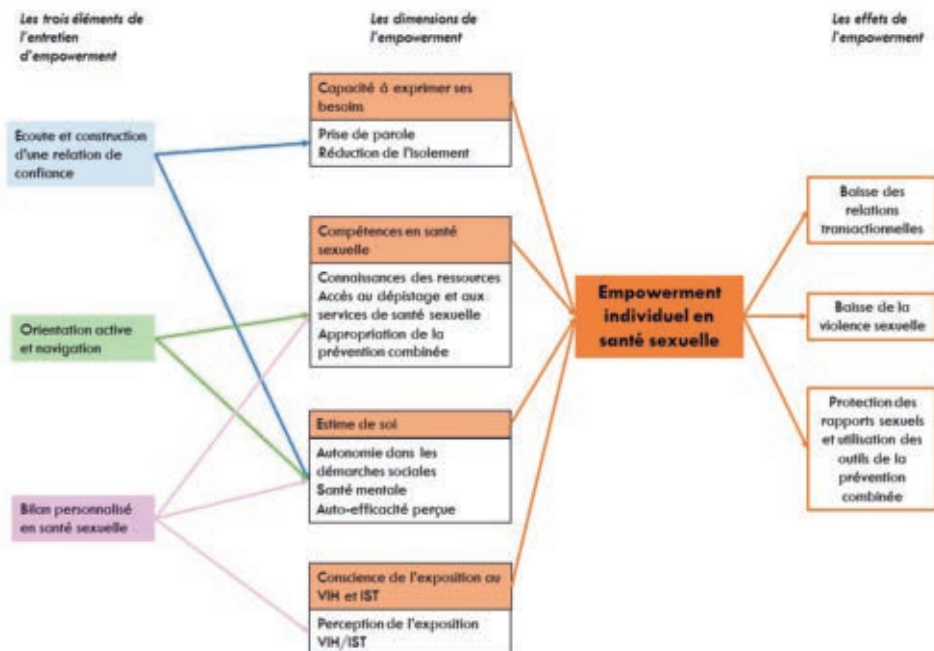
Dans le contexte de cette intervention, l'empowerment en santé sexuelle est caractérisé par :

- **la capacité à exprimer ses besoins** : pouvoir parler de sexualité ou de santé sexuelle à des pairs ou à des professionnels ;
- **les compétences en santé sexuelle** : connaître les différents outils de la prévention combinée, savoir où se rendre pour des dépistages, une consultation en gynécologie ou santé sexuelle ;
- **l'estime de soi** : connaître ses droits, avoir les moyens matériels (logement, situation administrative, ressources financières) de refuser une situation de contrainte sexuelle et d'éviter d'être exposé à la violence, sentir qu'on peut agir sur sa propre situation (sentiment d'efficacité personnelle) ;
- **la conscience de l'exposition au VIH et de ses déterminants** : être informé sur l'épidémiologie du VIH, le fait qu'il est possible d'être infecté en France, et les facteurs de risque.

L'intervention vise à renforcer ces quatre éléments de l'empowerment en santé sexuelle afin que les immigrés s'approprient les moyens de prévention et de soins, notamment en matière de santé sexuelle, et donc soient moins exposés aux risques en santé sexuelle.

Le cadre conceptuel de cette intervention est résumé dans la figure 2.

Figure 2
Schéma conceptuel de l'intervention Makasi

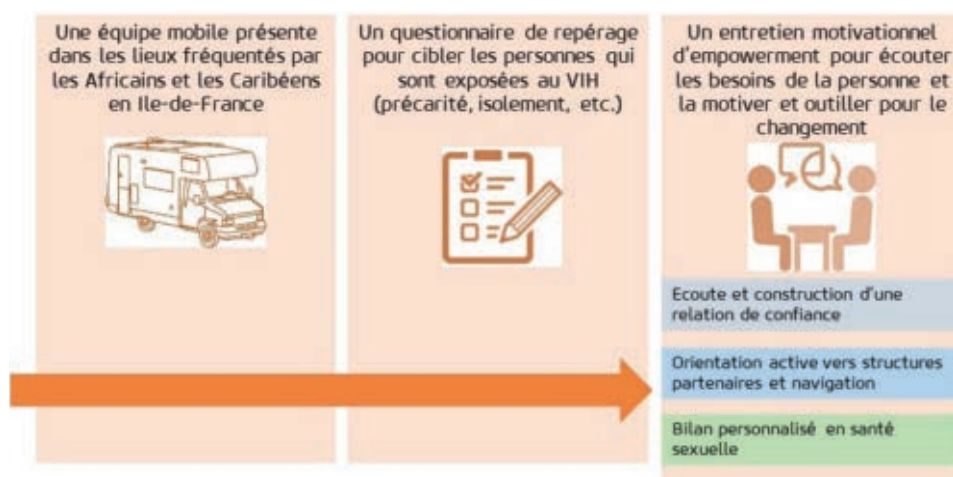


L'intervention Makasi

Cette intervention est adossée à l'action déjà menée par l'équipe mobile d'Afrique Avenir, qui proposait sur des lieux stratégiques de passage (marchés, places, gares de RER...) une sensibilisation à la santé sexuelle par la médiation culturelle et une offre de TROD. L'intervention MAKASI a consisté à repérer sur ces lieux de sensibilisation les personnes immigrées en situation de précarité et exposées au VIH, à leur proposer un entretien personnalisé avec une médiatrice de santé, afin de les aider à hiérarchiser leurs besoins, et à les orienter dans le système de santé et d'aide sociale (cf. figure 3).

L'entretien personnalisé était conduit avec une médiatrice de santé ou une assistante sociale recrutées spécialement pour le projet, et fondé sur les principes de l'entretien motivationnel [28, 32]. Pour cela, les personnes recrutées ont été formées à l'entretien motivationnel⁷. L'entretien d'empowerment se déroulait dans un espace confidentiel auparavant réservé aux TROD (camion d'Afrique Avenir, barnum fermé).

Figure 3
Schéma de l'intervention Makasi



Cet entretien permettait à la personne de formuler elle-même ses besoins, de les hiérarchiser, et à la médiatrice de reformuler avec elle l'information sur le VIH comme sur les dispositifs sociaux. Cette interaction était la clé pour que l'information soit intégrée à l'expérience, aux connaissances et aux représentations. L'entretien permettait ainsi d'écouter les personnes et de renforcer leur pouvoir d'agir en les conduisant à évaluer leurs besoins et en leur apportant une aide à l'autonomisation par :

- l'orientation active dans le système de santé et d'aide sociale, en utilisant une cartographie des structures et les partenariats établis en amont dans le cadre

⁷ Formation réalisée par Émeric Languerrand, psychothérapeute praticien et formateur à l'entretien motivationnel en santé mentale (deux fois trois jours de formation à 6 mois d'intervalle, puis retour sur expérience, le formateur assistant à certains entretiens).

du projet, en expliquant aux personnes l'itinéraire auquel elles pouvaient s'attendre, en les préparant aux différentes démarches. Des fiches de transmission permettaient aux personnes d'être mieux reçues et de délivrer les informations nécessaires aux partenaires pour une meilleure prise en charge ;

- de la navigation (prise de rendez-vous, accompagnement physique dans les services sociaux ou de santé) pour les personnes les plus vulnérables⁸ ;
- un bilan personnalisé en santé sexuelle.

Pour avoir une intervention facilement répliquable, dans un contexte associatif et dans une population très mobile, un seul entretien était prévu, l'hypothèse étant que cet unique entretien basé sur une écoute personnalisée couplé à une orientation active permettrait à la personne de se saisir des outils proposés.

Le volet recherche : évaluation des effets, des processus et des coûts de l'intervention

La recherche visait à mesurer les effets de l'intervention, ainsi qu'à évaluer par quels processus l'intervention a pu initier un changement de comportement ou de situation. Une analyse des coûts a aussi été réalisée pour en assurer la transférabilité.

Les effets de l'intervention ont été mesurés à partir des dimensions et des indicateurs de l'empowerment individuel décrits ainsi qu'à partir des effets attendus en santé sexuelle, tels que décrits dans le schéma conceptuel de la figure 2.

Un protocole d'évaluation en deux bras avec intervention différée

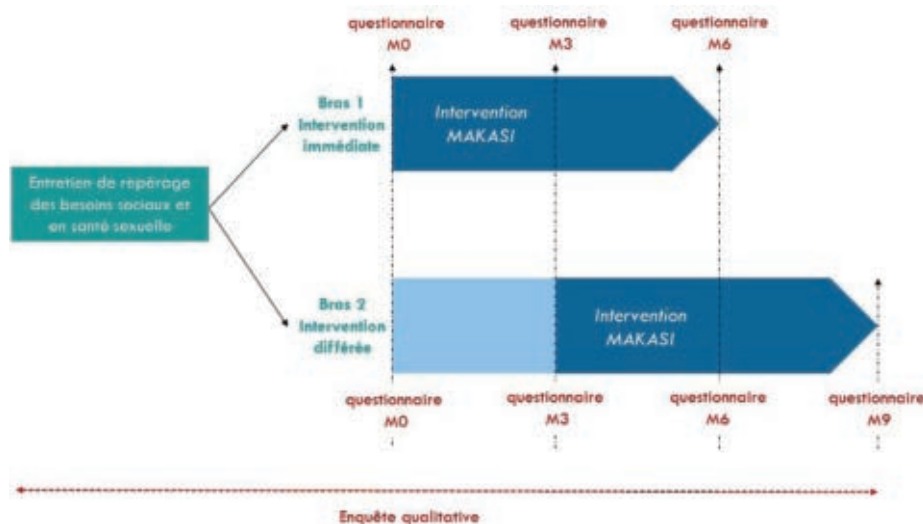
Pour évaluer cette intervention complexe, nous avons opté pour une approche par les méthodes mixtes intégrées : un volet quantitatif d'évaluation d'impact et une recherche qualitative sur les processus [34] menés en parallèle afin d'établir, en intégrant ces données, l'attribution causale des effets de l'intervention [35].

Évaluation quantitative de l'impact

Pour mesurer l'impact de l'intervention, nous avons proposé un schéma à deux bras : un bras intervention et un bras contrôle. Cependant, pour des raisons éthiques, afin de proposer une aide à toutes les personnes repérées ayant des besoins sociaux ou de santé, nous avons comparé un bras où l'intervention était immédiate, et un bras où elle était différée de 3 mois (*design stepped wedge*) (cf. chapitre 9). La comparaison sur ce qui se passe dans les trois premiers mois permet de mesurer l'effet à court terme de l'intervention, et d'établir un lien de causalité entre l'intervention et les changements observés. Toutes les personnes, dans les deux bras, étaient suivies six mois pour observer l'évolution des indicateurs à moyen terme (figure 4). Les individus étaient alloués de façon aléatoire au bras d'intervention immédiate ou différée après un premier entretien de repérage des besoins sociaux et de santé (cf. plus bas, le recrutement).

⁸ L'intervention correspond ainsi au cadre de l'universalisme proportionné, principe selon lequel pour réduire les inégalités sociales de santé, il est nécessaire de proposer un accompagnement plus important aux personnes les plus vulnérables [33].

Figure 4
Schéma du protocole d'évaluation de l'intervention Makasi



Note: pour les analyses quantitatives d'impact dont la méthodologie est décrite en détails au chapitre 10, seules les données des questionnaires M0, M3 et M6 ont été utilisées, conformément à la méthode « stepped wedge ».

Le questionnaire de Makasi, posé avant l'intervention puis trois et six mois ensuite, comprenait différents modules : situation socio-démographique, contraception et sexualité, les expériences de violence, la littératie en santé, la santé mentale, et enfin un module de questions pour mesurer l'empowerment.

Évaluation qualitative des processus et des effets

L'analyse qualitative des processus vise à mettre en évidence et analyser les succès, échecs et limites de l'intervention en considérant plus particulièrement la mise en œuvre et ses effets, ainsi qu'à produire des connaissances sur les conditions de reproduction ou de l'extension de l'intervention.

Cette analyse repose sur une approche inductive⁹, essentielle pour faire émerger des discours et repérer des pratiques efficaces. Cela passe par une approche ethnographique de l'intervention et du parcours des participants : un travail d'observation des différentes étapes sur chacun des sites d'intervention, des entretiens semi-directifs approfondis et répétés auprès des intervenants (assistantes sociales, acteurs associatifs, etc.) et des participants, hommes et femmes, volontaires, recrutés dans chacun des deux bras de l'intervention.

Analyse des coûts

Les différents coûts liés à l'intervention ont été compilés (administration, coûts de ciblage des participants, coût de formation de l'équipe, coûts de mise en œuvre, coûts liés à l'indemnisation des participants, coûts évités, coûts de supervision). En s'appuyant sur la méthodologie « CostIt » de l'Organisation mon-

⁹ Une approche inductive, autant en recherche qualitative qu'en recherche quantitative, consiste à donner priorité aux données, à l'expérience vécue, au terrain, pour ensuite avoir recours aux savoirs constitués dans un processus de construction de connaissance.

diale de la Santé, une analyse des coûts a été réalisée en distinguant les coûts propres de l'intervention Makasi et les coûts de l'aller-vers.

La population ciblée et les critères d'inclusion

Le territoire de l'intervention était Paris Nord Est (10^e, 18^e, 19^e) et le sud de la Seine-Saint-Denis (Saint-Denis, Bobigny, Sevrans, Pierrefitte, Stains, Montreuil, Aubervilliers). Les lieux d'intervention retenus l'étaient sur la base de l'expérience d'Afrique Avenir qui a choisi d'être présente sur ces lieux qui sont des lieux de rencontre avec les populations africaines, soit parce qu'elles y résident, soit parce qu'elles les fréquentent pour des besoins spécifiques (marché, église, coiffeurs, etc.). Ces lieux bénéficient souvent d'un environnement d'institutions sociales et médicales pour lesquelles elles représentent une part importante des usagers.

La population ciblée était les personnes nées en Afrique subsaharienne¹⁰ et qui, quelle que soit leur durée de séjour en France, connaissaient soit des situations sexuelles qui les exposaient particulièrement à l'infection VIH, soit des situations de précarité sociale (instabilité résidentielle, absence de titre de séjour ou titre de séjour de moins d'un an, isolement social), ou des difficultés d'accès aux services de santé (absence de couverture maladie, méconnaissance du système de santé).

En plus de ces critères, la personne devait être majeure, parler français, anglais, ou créole capverdien (langues dans lesquelles les intervenantes pouvaient s'exprimer), et ne pas avoir prévu de déplacement de plus d'un mois à l'étranger dans les six mois suivants.

Les personnes testées positives pour le VIH *via* le TROD n'étaient pas incluses dans l'étude MAKASI, mais étaient prises en charge par Afrique Avenir qui fait le lien vers les structures de soin, et éventuellement orientées vers Arcat si besoin.

Le recrutement

Le recrutement était effectué par l'équipe mobile d'Afrique Avenir, lors de son offre de TROD sur des lieux de passage (marchés, places, gares de RER...). Le repérage des besoins sociaux et de santé était fait au moyen d'un questionnaire passé pendant l'entretien TROD (ou lors d'un entretien sans TROD pour ceux qui refusaient celui-ci). Ce questionnaire permettait de repérer l'éligibilité des personnes à l'intervention MAKASI. Les médiateurs de santé d'Afrique Avenir proposaient aux personnes éligibles de participer à MAKASI et le cas échéant les orientaient vers les intervenantes Makasi, qui se chargeaient d'expliquer le projet ainsi que le protocole de l'étude, dont le suivi avec un rappel trois et six mois après l'intervention, de remettre une note d'information et de recueillir le consentement écrit de la personne à participer à cette recherche interventionnelle.

Les participants recevaient une compensation de 10 euros après chaque passage de questionnaire en dédommagement du temps consacré, et le remboursement des tickets de transport si besoin.

¹⁰ Initialement nous avons aussi prévu d'inclure les personnes nées dans les Caraïbes non françaises, qui sont aussi ciblées par les activités de l'association Afrique Avenir, et viennent de pays fortement touchés par l'épidémie de VIH (Haïti en particulier). Cependant étant donné le faible nombre de Caribéens finalement recrutés (n = 12) nous les avons exclus de l'ensemble de l'étude.

La répartition entre les bras intervention immédiate ou différée a été faite par tirage au sort des jours d'intervention MAKASI : de façon aléatoire, chaque semaine, certains jours étaient en intervention immédiate et d'autres en intervention différée. Ce processus évitait que deux personnes arrivant au camion Afrique Avenir en même temps se voient proposer l'une un entretien immédiat et l'autre un entretien trois mois plus tard. D'autre part, les personnes qui étaient repérées comme en très grande précarité et nécessitant une aide immédiate (femme enceinte ou avec enfant à la rue par exemple) sortaient du processus de recherche et bénéficiaient d'un entretien d'orientation immédiat.

L'enquête a permis d'inclure 821 participants d'avril 2018 à décembre 2020, avec des caractéristiques sociodémographiques similaires dans les deux bras de randomisation¹¹.

Aspects éthiques

Toutes les données collectées lors de l'intervention étaient anonymisées par un numéro d'identifiant. La correspondance entre le numéro d'identifiant et le nom de la personne figurait sur le formulaire de consentement écrit, qui était conservé sous clé dans les locaux de l'association Arcat.

Les médiatrices qui délivraient l'intervention avaient accès à cette correspondance nom-numéro d'identifiant. Elles collectaient également le numéro de téléphone des personnes pour les rappels de rendez-vous pour passer les questionnaires à M3 et M6. Ces informations étaient stockées à part, dans un fichier qui n'était accessible qu'à ces médiatrices chargées de recontacter les personnes.

La correspondance entre tous les questionnaires (repérage, M0, M3, M6) était faite uniquement par le numéro d'identifiant.

Le protocole de recherche a reçu l'avis favorable du Comité de protection des personnes (CPP Sud-Ouest et Outre-Mer III) et a été déclaré conforme à une méthodologie de référence auprès de la CNIL.

Conclusion

Le projet Makasi a été conçu dès le départ au sein d'une collaboration entre des associations engagées auprès des immigrés précaires en Île-de-France et de chercheurs en sciences sociales de la santé. Il a consisté à la fois en la mise au point d'une nouvelle intervention pour améliorer la capacité des immigrés précaires à se saisir des ressources existantes en Île-de-France afin de prendre mieux soin de leur santé et protéger leur sexualité, et à développer une recherche autour de cette intervention, pour en évaluer les effets et les mécanismes. L'objectif poursuivi était bien de proposer une intervention innovante, et les éléments de connaissance nécessaires pour pouvoir l'évaluer, l'étendre et la pérenniser compte tenu des ressources humaines et financières disponibles sur les territoires où les populations immigrées sont présentes. À travers cette collaboration, nous visions aussi une consolidation du réseau d'acteurs autour des enjeux de santé sexuelle sur l'Île-de-France, ainsi que l'amélioration de la mise à disposition des nouveaux outils de prévention, notamment les outils bio-

¹¹ Pour le détail par bras, cf. Karna Coulibaly. Empowerment en santé sexuelle et prévention du VIH chez les immigrés subsahariens en situation de précarité vivant en Île-de-France. Thèse de doctorat – Université Paris Cité – <https://www.theses.fr/s229057>.

médicaux de la prévention dont la PrEP, auprès de la population des immigrés d'Afrique subsaharienne.

Il s'agissait de rassembler nos savoir-faire pour réduire l'exposition aux risques en santé sexuelle chez les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne et faire reculer l'épidémie de VIH dans cette population en Île-de-France, mais aussi réduire la précarité rencontrée par cette communauté, par une meilleure utilisation des ressources disponibles pour l'accès aux droits et aux structures, et ultimement réduire les coûts en santé avec des parcours de santé plus cohérents.

Références bibliographiques

1. Demange E, Henry E, Préau M. De la recherche en collaboration à la recherche communautaire [Internet]. ANRS/Coalition PLUS ; 2012 [cité 6 févr 2017]. Disponible sur : http://www.anrs.fr/layout/set/print/content/download/4253/22346/file/Recherche_communautaire_%20guide.pdf
2. Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009 ; 100 : Suppl 18-14.
3. Dabis F. Contrôler durablement l'épidémie de VIH en France. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire [Internet]. 2017 ; Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/18/2017_18_0.html
4. Izambert C. La santé des immigré·e·s entre réponse médicale et approche sécuritaire. *Mouvements*. 2018 ; 93 : 51-9.
5. Entraves dans l'accès à la santé. Les conséquences de la réforme de 2019 sur le droit à l'Aide Médicale D'État. Rapport d'enquête interassociatif [Internet]. Disponible sur : <https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-denquete-interassociatif-AME-IDF-20-avril-2023.pdf>
6. Ministère de la Santé et de la Protection sociale. Programme National De Lutte contre le VIH en direction des étrangers/migrants vivant en France 2004/2006. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/progvihmigtotal.pdf>
7. Santé Publique France. Point épidémiologique – Infection par le VIH et IST bactériennes [Internet]. 2017. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-et-les-IST-bacteriennes.-Point-epidemiologique-du-28-novembre-2017>
8. Supervie V, Ndawinz JDA, Lodi S, Costagliola D. The undiagnosed HIV epidemic in France and its implications for HIV screening strategies. *AIDS*. 2014 ; 28 : 1797-804.
9. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Supervie V, Panjo H, et al. Sub-Saharan African migrants living with HIV acquired after migration, France, ANRS PARCOURS study, 2012 to 2013. *Eurosurveillance* [Internet]. 2015 [cité 10 févr 2016] ; 20. Disponible sur : <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21311>

10. Rice B, Elford J, Yin Z, Croxford S, Brown A, Delpech V. Trends in HIV Diagnoses, HIV Care, and Uptake of Antiretroviral Therapy Among Heterosexual Adults in England, Wales, and Northern Ireland. *Sexually Transmitted Diseases*. 2014 ; 41 : 257-65.
11. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, *et al.* A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health*. 2015 ; 15 : 561.
12. Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, Pantazis N, Touloumi G, Gennotte A-F, *et al.* High levels of postmigration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*. 2017 ; 31 : 1979-88.
13. Desgrées du Loû A, Pannetier J, Ravalihasy A, Le Guen M, Gosselin A, Panjo H, *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 : 645-56.
14. Larsen C, Limousi F, Rahib D, Barin F, Chevaliez S, Peytavin G, *et al.* Infections VIH et VHB parmi les Afro-Caribéens d'Île-de-France : des prévalences élevées et des dépistages insuffisants. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. 2017.
15. Dunkle KL, Jewkes R, Nduna M, Jama N, Levin J, Sikweyiya Y, *et al.* Transactional sex with casual and main partners among young South African men in the rural Eastern Cape: Prevalence, predictors, and associations with gender-based violence. *Social Science & Medicine*. 2007 ; 65 : 1235-48.
16. Pannetier J, Ravalihasy A, Lydié N, Lert F, Desgrées du Loû A, Parcours study group. 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 : e16-23.
17. Grillo F, Vallée J, Chauvin P. Inequalities in cervical cancer screening for women with or without a regular consulting in primary care for gynaecological health, in Paris, France. *Preventive Medicine*. 2012 ; 54 : 259-65.
18. Rondet C, Lapostolle A, Soler M, Grillo F, Parizot I, Chauvin P. Are Immigrants and Nationals Born to Immigrants at Higher Risk for Delayed or No Lifetime Breast and Cervical Cancer Screening? The Results from a Population-Based Survey in Paris Metropolitan Area in 2010. Vermund SH, éditeur. *PLoS ONE*. 2014 ; 9 : e87046.
19. Bulegon Pilecco F, Guillaume A. Recours à l'avortement : changements autour de la migration. Annabel Desgrées du Loû éd, Parcours. *Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*. Paris, 2017 ; p. 314-26.
20. Pannetier J, Lert F, Jauffret Roustide M, du Loû AD. Mental health of sub-saharan african migrants: The gendered role of migration paths and transnational ties. *SSM – Population Health*. 2017 ; 3 : 549-57.
21. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe Stockholm: Institute for future studies [Internet]. 1991 [cité 18 juill 2016]. Disponible sur : http://s2.medicina.uady.mx/observatorio/docs/eq/li/Eq_2007_Li_Dahlgren.pdf
22. Le Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des étrangers en France [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/droits-etranagers-synthese.pdf>
23. Comité consultatif national d'éthique. Avis 140. Repenser le système de soins sur un fondement éthique. Leçons de la crise sanitaire et hospitalière, diagnostic et perspectives [Internet]. 2022. Disponible sur : <https://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-140-repenser-le-systeme-de-soins-sur-un-fondement-ethique-lecons-de-la-crise>

24. Gosselin A, Desgrées du Loû A, Lelièvre E, Lert F, Dray-Spira R, Lydié N, *et al.* Understanding Settlement Pathways of African Immigrants in France Through a Capability Approach: Do Pre-migratory Characteristics Matter? *Eur J Population*. 2018 ; 1-23.
25. Romero L, Wallerstein N, Lucero J, Fredine HG, Keefe J, O'Connell J. Woman to Woman: Coming Together for Positive Change-Using Empowerment and Popular Education to Prevent HIV in Women. *AIDS Education & Prevention*. 2006 ; 18 : 390-405.
26. Frye V, Henny K, Bonner S, Williams K, Bond KT, Hoover DR, *et al.* « Straight Talk » for African-American heterosexual men: results of a single-arm behavioral intervention trial. *AIDS Care*. 2013 ; 25 : 627-31.
27. Wilson TE, Fraser-White M, Williams KM, Pinto A, Agbetor F, Camilien B, *et al.* Barber-shop talk with brothers: Using community-based participatory research to develop and pilot test a program to reduce HIV risk among Black heterosexual men. *AIDS education and prevention: official publication of the International Society for AIDS. Education*. 2014 ; 26 : 383.
28. Miller WR, Rollnick S. L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement [Internet]. 2^e édition. Paris : InterEditions ; 2013 [cité 8 mars 2018]. Disponible sur : <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/entretien-motivationnel-aider-personne-engager-changement>
29. Ninacs WA. Empowerment: cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'intervention sociale et communautaire. Québec (Canada), La Clé [Internet]. 2003 [cité 9 oct 2017] ; Disponible sur : <http://envision.ca/pdf/w2w/Papers/NinacsPaper.pdf>
30. Inserm. Expertise collective. *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*. Paris ; 2010.
31. Bertrand K, Roy É, Vaillancourt É, Vandermeersch J, Berbiche D, Boivin J-F. Randomized controlled trial of motivational interviewing for reducing injection risk behaviours among people who inject drugs. *Addiction*. 2015 ; 110 : 832-41.
32. Monti PM, Mastroleo NR, Barnett NP, Colby SM, Kahler CW, Operario D. Brief motivational intervention to reduce alcohol and HIV/sexual risk behavior in emergency department patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2016 ; 84 : 580-91.
33. Marmot M. The Marmot review final report: Fair society, healthy lives [Internet]. University College London; 2010. Disponible sur : <http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review>
34. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, *et al.* Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*. 2015 ; 350 : h1258.
35. Pluye P, Garcia Bengoechea E, Granikov V, Kaur N, Li Tang D. Tout un monde de possibilités en méthodes mixtes : revue des combinaisons des stratégies utilisées pour intégrer les phases, résultats et données qualitatifs et quantitatifs en méthodes mixtes. Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé. *AFCAS*. Montréal ; 2018.

COLLECTION
SCIENCES SOCIALES
ET SIDA

Vers l'empowerment en santé : recherches communautaires autour du projet Makasi

Sous la direction de
Annabel Desgrées du Loû et Anne Gosselin

Conception : EDP Sciences
17, avenue du Hoggar
91944 Les Ulis Cedex, France
Tél : 01 69 18 75 75

© EDP Sciences, 2023
ISBN : 978-2-7598-3476-1

ANRS | Maladies infectieuses émergentes – Collection Sciences sociales et sida
Copyright ANRS | Maladies infectieuses émergentes – Paris – Novembre 2023
ISBN : 978-2-910143-30-5
ISSN : 1262-4837

Service Communication et information scientifique – ANRS | Maladies infectieuses émergentes
PariSanté Campus, 2 rue d'Oradour-sur-Glane 75015 Paris
www.anrs.fr

Les articles de cet ouvrage sont publiés sous la seule responsabilité de leurs auteurs