

Recueillir des parcours de vie : repères méthodologiques et population enquêtée¹

*Annabel Desgrées du Loû, Julie Pannetier,
Andrainolo Ravalihasy, Anne Gosselin*

La population originaire d'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée par deux maladies : le VIH/sida (Cazein *et al.*, 2015) et l'hépatite B chronique (Meffre *et al.*, 2007). Pour chacune de ces deux maladies, les difficultés que peuvent rencontrer les immigrés, tant dans la prévention que dans la prise en charge de la maladie, dépendent étroitement de leur situation sociale, qui peut varier selon les étapes de la vie. Dans des vies marquées par une migration, ces situations sociales diffèrent selon les raisons et les conditions d'arrivée en France, selon le statut du séjour en France (avoir ou pas un titre de séjour, le droit de travailler...) et la façon dont celui-ci évolue. Celui ou celle qui arrive seul en France, pour « tenter sa chance » (c'est-à-dire trouver un travail et une vie meilleure que dans son pays d'origine), vivra dans des conditions tout à fait différentes que celui ou celle qui vient rejoindre un conjoint, ou que ceux qui viennent faire des études supérieures en France. Par la suite, l'accès au logement, à une activité professionnelle, la possibilité de vivre avec sa famille diffèrent selon qu'on dispose juste d'un permis de séjour de quelques mois ou d'une carte de résident pour dix ans.

Les situations sociales des personnes originaires d'Afrique et vivant avec le VIH, qui constituent un quart des patients suivis pour un VIH en France,

¹ Ce chapitre reprend en partie certains éléments publiés dans A. GOSELIN, A. DESGRÉES DU LOÛ, J. PANNEtier et le groupe PARCOURS (2015), « Les migrants subsahariens face à la précarité résidentielle et administrative à l'arrivée en France : l'enquête ANRS-Parcours », in C. BERGOUIGNAN (dir.), *La Population de la France face au VIH/sida*, coll. « Populations vulnérables », Néothèque, <https://www.univ-paris1.fr/ufr/ldup/revue-populations-vulnerables/>

ont déjà été décrites (Dray-Spira *et al.*, 2013). Cependant ces travaux se sont intéressés aux conditions de vie et aux comportements des personnes au moment de l'enquête, mais ne permettaient pas de retracer les parcours, de repérer les situations clés qui peuvent déterminer des risques d'infection, l'accès au dépistage, l'accès aux traitements ou au contraire les ruptures de suivi des patients. Un nouveau type d'étude était nécessaire pour pouvoir prendre en compte l'ensemble des trajectoires de vie des personnes, en particulier pour replacer le processus migratoire par rapport à l'ensemble des autres événements qui peuvent influer sur la prévention des risques et la vie avec la maladie (ANRS, 2002).

L'enquête Parcours (pour « Parcours de vie, VIH et hépatite B chez les migrants subsahariens vivant en Île-de-France ») a été construite pour répondre à cet objectif ambitieux : comprendre comment les trajectoires de santé, sociales, migratoires et administratives s'entrecroisent et se construisent les unes par rapport aux autres ; en d'autres termes, comprendre comment le parcours de vie et de migration influe sur les comportements de prévention et de soins et comment, à l'inverse, la maladie (VIH ou hépatite B) influe sur la trajectoire sociale et administrative des Africains vivant en France.

Cela impliquait trois défis à relever : le premier, être capable de collecter des informations sur l'ensemble de la vie des personnes, avec un niveau de détail suffisant pour caractériser les situations vécues avant et après l'arrivée en France, en faisant appel à leur mémoire sur un passé parfois lointain, sur des questions touchant à l'intime (la famille, la sexualité) et parfois douloureuses (la maladie, la violence, l'exil). Le deuxième défi était de se donner les moyens de comparer, parmi les Africains subsahariens vivant en France, des personnes vivant avec le VIH ou avec une hépatite B chronique avec des personnes n'ayant pas ces maladies, pour pouvoir mettre en lumière dans quelle mesure les difficultés qui peuvent survenir dans la vie en France sont spécifiques à l'une ou l'autre de ces maladies, ou au contraire sont partagées par tous, et plus liées à la condition d'immigrés en France qu'à la condition de malades. De plus, nous nous inscrivons dans une démarche quantitative, notre objectif est d'apporter des éléments chiffrés pour une meilleure connaissance des situations vécues par les immigrés subsahariens en France. Le troisième défi auquel nous avions à faire face était donc de construire une enquête à large échelle, auprès d'échantillons représentant le mieux possible la diversité des personnes originaires d'Afrique subsaharienne, y compris les personnes sans titre de séjour, qui sont bien souvent invisibles ou sous-estimées dans les sources habituelles (Lessault et Beauchemin, 2009b).

Nous présentons dans ce chapitre la façon dont nous avons répondu à ces trois difficultés méthodologiques, les leçons tirées de cette enquête, et nous décrivons la population enquêtée.

Trois défis méthodologiques

Retracer des parcours de vie marqués par une migration

Pour appréhender les liens entre contexte d'origine, conditions de vie en France et histoire personnelle de l'individu, il était nécessaire de pouvoir reconstituer des trajectoires de vie. Cette approche biographique est fréquente en sociologie ou en anthropologie, c'est la technique dite des récits de vie (Bertaux et de Singly, 2016) : au cours d'entretiens, parfois répétés, le chercheur conduit la personne à raconter son histoire ; les récits de vie ainsi obtenus sont analysés de façon qualitative : ils constituent des études de cas à partir desquelles le chercheur met en lumière les mécanismes sociaux, les processus qui modèlent les trajectoires de vie. Cependant, cette approche, très précieuse pour comprendre les mécanismes individuels, ne permet pas de mesurer l'ampleur des phénomènes puisqu'elle n'a pas vocation à la représentativité.

Depuis une vingtaine d'années, les démographes s'intéressent à la possibilité de faire une analyse quantitative des histoires de vie, c'est-à-dire en faire un traitement statistique pour caractériser de façon quantitative la place des événements dans le parcours de vie et leur enchaînement. C'est l'approche dite biographique (GRAB, 1999), qui repose sur une collecte des histoires de vie au moyen de questionnaires standardisés et qui s'appuie sur une grille « âge-événement », outil qui permet de dater les événements clés de la vie de la personne, en aidant l'enquêté à se remémorer le moment de l'événement. C'est l'outil que nous avons utilisé dans l'enquête Parcours, en nous appuyant sur une expérience similaire réalisée en Thaïlande auprès de personnes vivant avec le VIH (Le Cœur *et al.*, 2005). Le questionnaire Parcours permettait à la personne enquêtée de retracer les grandes étapes de sa vie dans plusieurs domaines (histoire migratoire, logement, ressources, vie professionnelle, vie affective, vie familiale et sexuelle, arrivée et séjour en France, réseaux d'entraide, santé) en s'appuyant sur une grille biographique pour dater les étapes clés dans ces différents champs (*cf.* extrait en figure 1). Pour cela, la personne interrogée pouvait se référer à une année précise (1^e colonne), à son âge (2^e colonne), ou bien à d'autres événements de sa vie, dont elle connaissait bien la date : par exemple, l'année d'arrivée en France, ou l'année de naissance des enfants, qui sont des dates dont on se souvient. Ainsi, si une personne enquêtée ne se rappelait plus en quelle année elle avait eu accès à une couverture maladie, elle pouvait le repérer en se rappelant combien de temps cela avait pris après l'arrivée en France, ou si cela était concomitant à une grossesse, ou à une hospitalisation qu'elle avait pu dater auparavant.

La grille biographique permet ainsi aux participants de se remémorer plus facilement les événements de leur vie en les situant les uns par rapport

Parcours

aux autres, et éventuellement d'identifier l'événement clé autour duquel les enquêtés organisent et situent les autres événements de leur parcours biographique. Cela limite les biais de mémoire qui peuvent se produire dans les enquêtes rétrospectives (Courgeau, 1991). Cet outil favorise une collecte d'information « ouverte » et une relation de qualité entre l'enquêteur et l'enquêté, plus proche d'une conversation à deux, tout en permettant une collecte standardisée qui se prête au traitement statistique (Lelièvre et Vivier, 2001).

Cela est précieux car, même avec un outil d'aide à la datation, « relire sa vie » reste un exercice dans lequel l'expérience subjective est incontournable ; plutôt que de tenter d'éliminer cette subjectivité, nous lui avons fait de la place, en demandant à chaque personne, en fin d'entretien, de « qualifier » les périodes de sa vie en bonnes années ou mauvaises années, d'indiquer les moments marquants de sa vie et pourquoi ils avaient été marquants et de dire quel était le projet qui lui tenait à cœur. De la même façon, il pouvait parfois être difficile de dater « la première arrivée » en France, pour des personnes qui avaient beaucoup circulé entre la France et des pays étrangers. Pour éviter de traiter de la même façon un voyage d'affaires ou de loisir et une arrivée en France pour y vivre, nous nous sommes appuyés sur la perception qu'en avaient les personnes enquêtées, en leur demandant d'indiquer leur « première arrivée en France qui compte pour elle comme une arrivée (pas comme un voyage) ».

Le questionnaire biographique nous a ainsi permis de collecter des informations à la fois sur ce qui s'est passé avant l'arrivée en France et depuis l'arrivée, avec un niveau de détail un peu plus fin à partir de l'arrivée en France pour les types de logement et d'activité professionnelle. Il a permis de dater les événements (avec une précision à l'année) et en particulier de les ordonner dans le temps, les uns par rapport aux autres. Le questionnaire complet est disponible sur le site <http://www.cepel.org/parcours/questionnaire>.

Comparer la vie en France avec et sans le VIH ou l'hépatite B chronique

Pour explorer la place des maladies VIH et hépatite B dans les vies des immigrés subsahariens, il était nécessaire d'enquêter des personnes vivant avec une de ces maladies. Nous avons fait le choix de mener l'enquête dans les services de santé où sont prises en charge ces deux maladies, qui sont les lieux les plus sûrs pour recruter les personnes qui en sont atteintes tout en garantissant la confidentialité sur la maladie. L'enquête a donc été menée auprès d'un groupe de personnes suivies pour une infection VIH, recrutées dans des services hospitaliers de maladies infectieuses, et d'un groupe de personnes suivies pour une hépatite B chronique, recrutées dans diverses structures de prise en charge de l'hépatite B. Nous avons

FIGURE 1. Questionnaire biographique Parcours :
extrait de la fiche AGEVEN (historique résidentiel)

| ANNÉES | ÂGES | 1.- HISTORIQUE RÉSIDENTIEL | | | |
|--------|------|----------------------------|--------------------|---|--|
| | | 1.1 PAYS | 1.2 DÉPARTEMENT | Logement en France | |
| | | | | 1.3 Nature du logement | 1.4 Instabilité résidentielle (cocher les cases) |
| 2012 | 35 | | | 1. Logement avec propriétaire 2 - logement avec famille 3 - sous offre d'hébergement ou d'autre personne ne vivant pas chez soi 4 - autre à l'étranger | |
| 2011 | 34 | | | | |
| 2010 | 33 | | | | |
| 2009 | 32 | | | | |
| 2008 | 31 | FRANCE | 93 | | |
| 2007 | 30 | | | | |
| 2006 | 29 | | | | |
| 2005 | 28 | | | | |
| 2004 | 27 | | | | |
| 2003 | 26 | | | | |
| 2002 | 25 | | | | |
| 2001 | 24 | | | | |
| 2000 | 23 | | | | |
| 1999 | 22 | | | | |
| 1998 | 21 | | | | |
| 1997 | 20 | | | | |
| 1996 | 19 | | | | |
| 1995 | 18 | | | | |
| 1994 | 17 | | | | |
| 1993 | 16 | | | | |
| 1992 | 15 | | | | |
| 1991 | 14 | | | | |
| 1990 | 13 | | | | |
| 1989 | 12 | | | | |
| 1988 | 11 | | | | |
| 1987 | 10 | | | | |
| 1986 | 9 | | | | |
| 1985 | 8 | | | | |
| 1984 | 7 | | | | |
| 1983 | 6 | | | | |
| 1982 | 5 | | | | |
| 1981 | 4 | | | | |
| 1980 | 3 | | | | |
| 1979 | 2 | | | | |
| 1978 | 1 | | | | |
| 1977 | 0 | BENIN | | | |
| 1976 | | | | | |
| 1975 | | | | | |
| 1974 | | | | | |
| 1973 | | | | | |
| 1972 | | | | | |
| 1971 | | | | | |
| 1970 | | | | | |
| 1969 | | | | | |
| 1968 | | | | | |
| 1967 | | | | | |
| 1966 | | | | | |
| 1965 | | | | | |
| 1964 | | | | | |
| 1963 | | | | | |
| 1962 | | | | | |
| 1961 | | | | | |
| 1960 | | | | | |
| 1959 | | | | | |
| 1958 | | | | | |
| 1957 | | | | | |
| 1956 | | | | | |
| 1955 | | | | | |
| 1954 | | | | | |
| 1953 | | | | | |

Note de lecture : cet enquêté fictif vivait au Bénin avant de migrer vers la France en 2008. À son arrivée, il est hébergé par sa famille en Seine-Saint-Denis durant deux années, avant de devoir changer fréquemment de logement tout au long de l'année 2010. Durant cette année-là, il lui arrive de dormir dans un squat. En 2011, il accède à un logement personnel, toujours en Seine-Saint-Denis.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

aussi mené cette enquête auprès d'un groupe de personnes n'ayant aucune de ces deux pathologies, d'une part pour décrire et comprendre les situations vécues par les immigrés subsahariens, indépendamment de ces deux maladies, et d'autre part pour pouvoir identifier si ces maladies induisent des situations sociales spécifiques. Pour garder un mode de recrutement comparable nous avons choisi d'enquêter aussi ce groupe de référence à partir de structures de soins : les consultations de médecine générale en centres de santé, y compris les dispositifs s'adressant à des populations précaires, de façon à toucher aussi les immigrés en situation irrégulière ou/et pas encore insérés dans le système de santé classique.

Réaliser l'enquête en structures de soins a permis d'éviter de mettre les enquêtés dans des situations de crainte ou de méfiance à propos des questions sur leur pathologie ou sur leur situation par rapport au titre de séjour. Le contexte médical offre en effet en France un cadre où la confidentialité est un principe déontologique majeur et dont l'accès est possible même en l'absence de titre de séjour, du fait des dispositifs comme l'Aide médicale d'État (AME).

Dans chaque structure concernée, les médecins assurant des consultations au sein desquelles ils rencontraient des patients nés dans un pays d'Afrique subsaharienne ont été invités à participer à l'étude. Ce sont eux qui proposaient aux personnes éligibles pour l'enquête de participer à l'étude lors de leur consultation et qui recueillaient le cas échéant leur consentement écrit. À l'issue de la consultation, ils orientaient les patients acceptant de participer à l'étude vers l'enquêteur qui réalisait l'entretien sur place, en face-à-face, immédiatement ou éventuellement ultérieurement sur rendez-vous, et dans une pièce fermée en toute confidentialité. L'entretien durait en moyenne 55 minutes.

Un questionnaire médical était rempli par le médecin, à partir du dossier médical du patient. Pour les groupes VIH et hépatite B, il portait sur les repères chronologiques et les paramètres clés de la maladie et de son traitement. Pour le groupe recruté en médecine générale (que nous appellerons dans la suite groupe de référence), il renseignait le motif de consultation et les pathologies dont pouvait souffrir le patient au moment de l'enquête, ainsi que les traitements en cours et sa situation vis-à-vis des dépistages du VIH et des hépatites B et C.

Étant donné le caractère sensible de certaines données recueillies (maladie, détails de la vie intime et relationnelle, éventuellement séjour irrégulier), une procédure a été mise en place pour préserver l'anonymat. Un numéro d'identifiant était remis par le médecin à la personne enquêtée, qui était la seule information reportée sur les différents documents de la collecte (questionnaire et grille biographiques, questionnaire médical). L'enquêteur ne connaissait pas l'identité du patient. Aucune donnée nominative

n'était collectée directement ou indirectement et aucune information ne permettait de remonter à son identité. Le type de données recueillies et la procédure d'anonymisation ont été validés par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Pour organiser l'enquête au sein de structures de soins, l'équipe scientifique s'est appuyée sur une société de recherche clinique, Clinsearch, et sur le service des grandes enquêtes de l'institut de sondage Ipsos, dont les enquêteurs ont reçu une formation spécifique par l'équipe de recherche pour l'utilisation du questionnaire biographique.

*Une enquête en Île-de-France,
qui s'appuie sur des échantillons aléatoires*

L'enquête a été menée de février 2012 à mai 2013 en Île-de-France où résident 60 % des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France (Insee, 2012). Elle concernait les adultes nés dans un pays d'Afrique subsaharienne (Afrique de l'Ouest, de l'Est, centrale et australe, Madagascar et les Comores) et de nationalité étrangère à la naissance, quelle que soit leur situation administrative lors de l'enquête (nationalité française, titre de séjour, sans titre de séjour) et quelle que soit leur date d'arrivée en France.

Pour chaque groupe (personnes vivant avec le VIH, personnes vivant avec une hépatite B chronique, groupe de référence), nous avons recensé sur l'Île-de-France les structures de soins concernées et évalué la proportion d'Africains subsahariens parmi les consultants. Un tirage au sort de structures de santé a été effectué en fonction de la proportion d'immigrés subsahariens dans chaque structure. Dans chacun des services retenus, un tirage au sort des personnes à enquêter a été effectué, aboutissant donc à un échantillon aléatoire à deux degrés. Au final, l'enquête a été réalisée dans vingt-quatre services hospitaliers de prise en charge du VIH, vingt structures de suivi de l'hépatite B et trente structures de soins en médecine générale (vingt centres de santé de la Fédération nationale des centres de santé, et dix centres pour l'accès aux soins et aux droits des populations précaires) (figure 2).

Pendant la période d'enquête, tous les consultants de ces structures, nés et de nationalité d'un pays d'Afrique subsaharienne à la naissance, âgés de 18 à 59 ans, étaient éligibles lorsqu'ils avaient été diagnostiqués depuis au moins trois mois porteurs du VIH (pour le groupe VIH) ou d'une hépatite B chronique (pour le groupe hépatite B) et lorsqu'ils étaient indemnes de ces deux pathologies pour le groupe de référence. Le détail du protocole d'échantillonnage est disponible sur www.ceped.org/parcours/protocole-fr.

Finalement, 926 immigrés subsahariens vivant avec le VIH, 779 porteurs d'une hépatite B, et 763 n'ayant aucune de ces deux pathologies

(groupe de référence) ont répondu à l'enquête (figure 2). Afin de prendre en compte la probabilité de chaque individu de participer à l'enquête, une pondération a été appliquée.

Enquêter auprès de personnes immigrées, enquêter dans des structures de soins : les leçons de l'étude

Des structures de santé plus ou moins « acculturées » à la recherche en sciences sociales

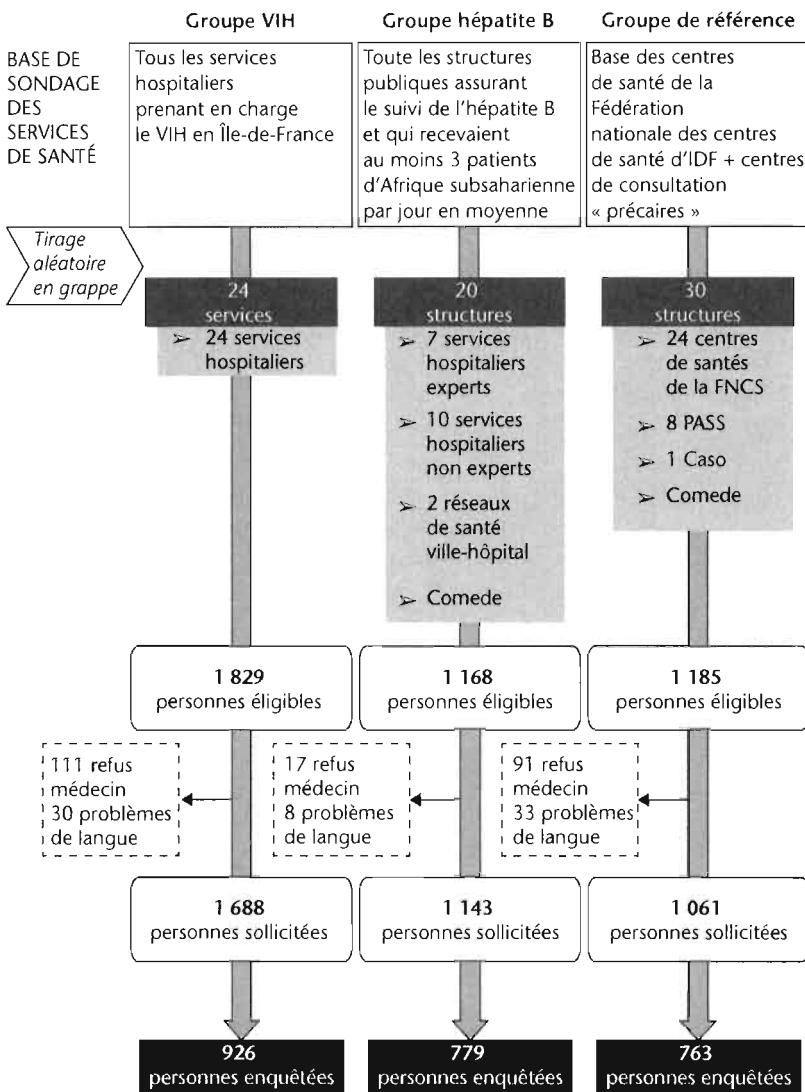
Proposer une enquête de ce type dans un cadre médical implique d'insérer un entretien d'environ une heure, mené par une personne extérieure au service (l'enquêteur), au sein du « flux tendu » des consultations médicales. Cela demande deux ressources rares dans les structures de santé : *le temps* (celui du médecin qui va prendre sur le temps de consultation pour proposer l'enquête ; celui du patient, qui souvent a déjà bien assez « patienté » et à qui on demande, sans qu'il en ait été prévenu auparavant, de rester une heure de plus après la consultation) ; *l'espace* (une pièce fermée, dans laquelle l'enquêteur doit être seul avec l'enquêté, pour garantir la confidentialité).

L'acceptabilité même de l'enquête par les structures de santé tirées au sort était incertaine.

Le tableau 1 montre la proportion d'acceptation de l'enquête par ces structures de santé. Les services VIH sont ceux qui ont le mieux accepté l'enquête. Dans ces services les médecins ont une grande habitude de la recherche interdisciplinaire et, depuis trente ans de lutte contre le sida, ont été « acculturés » aux recherches en sciences sociales, la lutte contre le sida étant construite sur le dialogue entre médecins, chercheurs, associations de patients et décideurs, et la recherche elle-même structurellement multidisciplinaire. C'est beaucoup moins le cas dans le domaine des hépatites : le taux d'acceptation de l'enquête par les services spécialisés dans les hépatites a été beaucoup moins élevé, et l'enquête plus longue à démarrer.

Cependant c'est avec les structures de santé généralistes que l'écart est vraiment important : dans ce troisième groupe, seul un centre sur quatre a accepté de participer. Il a fallu solliciter 120 centres pour en recruter 30. Le principal élément d'explication est que la recherche fait partie explicitement des missions des professionnels de santé dans les hôpitaux universitaires qui constituent la plus grande partie de l'échantillon des hôpitaux, ce qui n'est pas le cas dans les centres de santé.

FIGURE 2. Construction des échantillons de l'enquête Parcours



Note : pour plus de détails sur la collecte et la participation à l'enquête, voir le protocole d'enquête en ligne <http://ceped.org/parcours/protocole-fr.pdf>. « Refus médecin » : le médecin pouvait décider de ne pas proposer l'enquête au patient éligible s'il estimait que son état de santé ne lui permettait pas de participer. « Problème de langue » : malgré les procédures mises en place, l'entretien n'a pas pu se dérouler dans la langue parlée par l'enquêté-e.

Légende : Comede : centre de santé du Comité pour la santé des exilés. PASS : permanences d'accès aux soins de santé à l'hôpital. Caso : centre d'accueil, de soins et d'orientation de Médecins du Monde.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Tableau 1. Proportion d'acceptation des structures de santé sollicitées

| | Groupe VIH | Groupe hépatite B | Groupe de référence |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------|
| Type de structures sollicitées | Services hospitaliers spécialisés | Services hospitaliers spécialisés | Centres de santé |
| | | 1 réseau de médecins de ville | PASS |
| | | Comede | Comede |
| | | Caso | Caso |
| Nombre de structures sollicitées | 27 | 26 | 120 |
| Taux d'acceptation | 89 % (24) | 77 % (20) | 25 % (30) |

Note : PASS : permanences d'accès aux soins hospitalières ; Comede : centre de soins du Comité pour la santé des exilés ; Caso : centre de soins de Médecins du Monde.
Lecture : dans le groupe VIH, parmi les 27 services hospitaliers spécialisés, 89 % (soit 24 centres) ont accepté de participer à l'enquête.

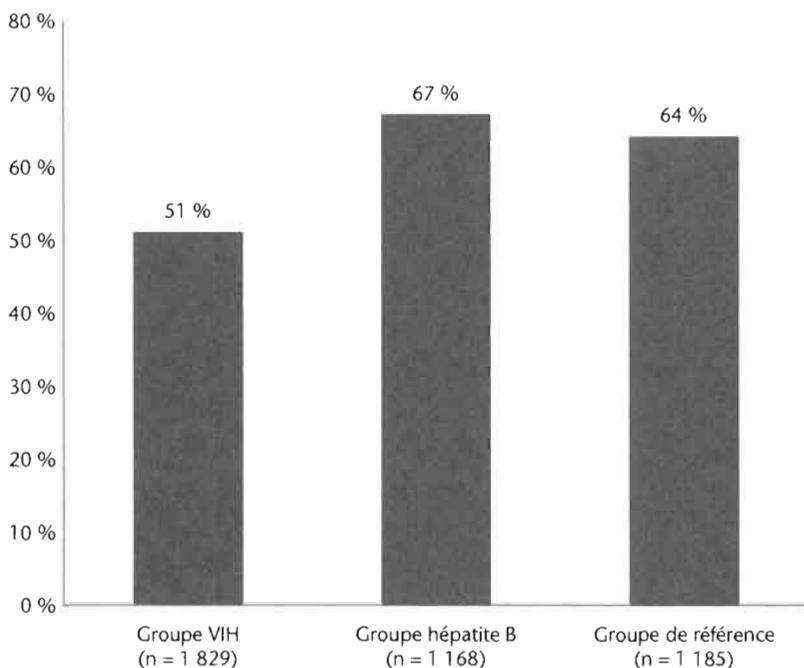
Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Une enquête auprès d'immigrés subsahariens : le rôle clé des associations

Une fois que les structures de santé avaient accepté le projet, encore fallait-il que les personnes originaires d'Afrique subsaharienne au sein de ces structures acceptent d'y participer. Donc qu'elles acceptent le principe d'une étude auprès d'un groupe de population caractérisé par une origine particulière, avec un focus sur deux pathologies, et un questionnaire qui abordait des questions intimes, à un moment (une consultation médicale) où elles n'avaient pas prévu de rester une heure de plus pour participer à une enquête.

Le fait que cette enquête ait été largement appuyée par le réseau d'associations africaines et caribéennes de lutte contre le sida (RAAC-Sida) a été déterminant. Ces associations ont été étroitement associées à la préparation de l'enquête, en particulier dans les phases d'élaboration du questionnaire, de formation des enquêteurs, de test du questionnaire. Cette collaboration a permis d'anticiper et d'éviter d'éventuelles réactions de rejet en introduisant de façon adéquate le questionnaire, et de sensibiliser la population concernée par divers outils de communication : affiches dans les centres de santé (*cf.* affiche Parcours), dépliants sur l'enquête, etc. Après l'enquête, ces associations ont aussi joué un rôle dans la diffusion des résultats de la recherche à la population concernée.

FIGURE 3. Taux de participation à l'enquête selon le groupe de population



Lecture : dans le groupe VIH, parmi les 1 829 personnes éligibles, 51 % ont participé à l'enquête.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

La figure 3 présente le taux de participation des personnes à l'enquête, qui varie de 51 % à 64 % selon les groupes. L'absence de participation pouvait être due au refus du médecin, qui pouvait ne pas proposer l'enquête à son patient s'il estimait que celui-ci n'était pas en état d'y participer, ou au refus du patient. Le taux de participation est concordant avec celui d'autres enquêtes similaires (Dray-Spira, Spire et Lert, 2013) : plus d'une personne sollicitée sur deux a accepté de rester une heure de plus pour mener l'entretien, ou est revenue pour participer à l'enquête. Des rendez-vous étaient en effet proposés aux personnes qui n'étaient pas immédiatement disponibles. Parmi les rendez-vous pris, plus de 6 sur 10 ont été honorés par les enquêtés, et la part des entretiens menés grâce à cette procédure est importante : dans les centres de santé de médecine générale, 41 % des entretiens ont été rendus possibles grâce à cette proposition de rendez-vous, sans laquelle nous n'aurions jamais pu atteindre l'objectif de recrutement.

ILLUSTRATION 1. Affiche présentant l'enquête dans les structures de santé

UNE ÉTUDE ACTUELLEMENT DANS CE CENTRE DE SANTÉ

PARCOURS

PARCOURS DE VIE ET SANTÉ
CHEZ LES MIGRANTS ORIGINAIRES D'AFRIQUE
SUBSAHARIENNE VIVANT EN ILE-DE-FRANCE

POUR AMÉLIORER LA SANTÉ

PRÉVENTION SOINS ET ACCOMPAGNEMENT

LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ÉTUDE PARCOURS NOUS CONCERNE TOUTES ET TOUS



PARTICIPONS !

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

www.parcours-sante-migration.com

anrs **Gripid** **canalé** **Aides** **Sida hépatites** **Foam**

Prendre en compte les difficultés avec la langue française

Nous avions le souci de ne pas exclure du recrutement les personnes ne parlant pas ou parlant mal le français, qui peuvent connaître des situations de vie et des obstacles spécifiques dans leur vie en France. Pour pallier ces problèmes de langue, deux procédures ont été mises en place. Tout d'abord, une traduction en anglais du questionnaire, qui pouvait être proposée par les enquêteurs à l'aise avec cette langue. La passation en anglais a concerné, dans les centres où elle était disponible, moins d'une personne éligible sur 200. D'autre part, dans douze services considérés comme les plus concernés par les problèmes de langue (les PASS, le centre de soins du Comede, le Caso, certains services qui le demandaient), un rendez-vous avec interprète² était proposé aux patients si nécessaire. Cette possibilité, qui impliquait que l'enquêté prenne rendez-vous et revienne dans le service pour l'entretien avec interprète, n'a finalement été véritablement utilisée, lorsqu'elle était nécessaire, que dans un cas sur cinq. Dans les autres cas, soit la personne ne souhaitait pas revenir, soit elle n'honorait pas le rendez-vous. Cette procédure de mise à disposition d'interprétariat en face-à-face pour une enquête s'est donc avérée peu efficace, malgré un coût élevé.

Finalement, le nombre de personnes qui n'ont pas participé à l'enquête pour maîtrise insuffisante de la langue française a été de 71 sur 4 182 éligibles, soit environ 2 %. Ce chiffre est peu élevé, et cela est dû en grande partie au fait que les personnes venues d'Afrique subsaharienne et vivant en France sont francophones dans leur grande majorité.

En conclusion de ce « retour sur expérience », le principal obstacle que nous avons rencontré a été l'adhésion des professionnels de santé dans les centres de santé en raison d'une moindre habitude de participation à des programmes de recherche. L'adhésion de la population concernée, les immigrés d'Afrique subsaharienne, n'a pas posé de problème, sans aucun doute grâce à la participation d'associations issues de cette population lors de la préparation et de la mise en place de l'enquête. Les obstacles dus à la langue ont été peu nombreux, dans cette population très largement francophone. Le questionnaire biographique était utilisé pour la première fois en France en lien avec des questions de santé et au sein de structures de soins : l'expérience a été très positive, les enquêtés appréciant d'avoir un espace où ils pouvaient « raconter leur histoire », et les enquêteurs appréciant ce mode d'entretien cadré, mais avec des espaces de liberté, et un temps d'entretien assez long pour pouvoir aborder des questions intimes en ayant auparavant construit une relation de confiance.

2 La société Inter Service Migrants (ISM) a été sollicitée pour envoyer des interprètes pour assister l'enquêteur et les interprètes ont été formés au questionnaire.

Représentativité de la population enquêtée

Pour le groupe de personnes vivant avec le VIH, nous avons choisi d'enquêter dans les services hospitaliers car, après un diagnostic VIH, les personnes sont très majoritairement suivies pour leur infection VIH à l'hôpital, et celles qui peuvent être suivies en médecine de ville font un bilan à l'hôpital une fois par an. Les personnes que nous avons enquêtées dans le groupe VIH sont donc représentatives des immigrés subsahariens suivis pour un VIH en Île-de-France. La structure par âge et sexe de notre échantillon correspond aux données existantes par ailleurs (Dray-Spira *et al.*, 2013).

Pour le groupe de personnes vivant avec une hépatite B chronique, l'échantillon a été constitué à partir d'un échantillon diversifié de structures qui prennent en charge la maladie. Notre échantillon est représentatif des patients qui vont dans ces structures, mais à l'inverse du VIH il n'existe pas d'éléments de comparaison, étant donné la rareté des études épidémiologiques sur cette maladie (Lot *et al.*, 2012).

Dans ces deux groupes, puisque nous avons fait le choix d'enquêter dans des structures de prise en charge des maladies concernées, nous n'avons pas les personnes diagnostiquées, mais qui ne sont pas suivies médicalement pour cette maladie ni celles atteintes, mais non diagnostiquées ; cependant celles-ci ne voient pas encore le cours de leur trajectoire éventuellement affecté par l'annonce du diagnostic.

Dans le groupe enquêté en médecine générale, l'échantillon est représentatif des immigrés subsahariens qui consultent en Île-de-France dans les centres de santé proposant des consultations de médecine générale. Le mode de recrutement choisi ne permet pas de toucher les personnes qui consultent un généraliste en médecine de ville, qui sont plus souvent d'une catégorie sociale plus aisée, ni les personnes qui ne consultent jamais pour leur santé. La structure du groupe recruté est cependant proche de la structure de la population des immigrés subsahariens enquêtée dans le recensement de 2010, ce qui était attendu, car les centres de médecine générale que nous avons retenus correspondent aux consultations « tout venant » où tout un chacun peut se rendre pour un vaccin, un dépistage, ou tout problème de santé³.

3 Les différences entre le groupe de référence de l'enquête Parcours et le recensement 2010 sont les suivantes : plus de résidents des départements 93 et 94 et moins des départements 75 et 92, plus de femmes (56,5 % de femmes dans Parcours vs 50,3 % de femmes dans le recensement pour les mêmes départements Paris-Petite couronne), une population légèrement plus âgée dans Parcours que dans le recensement (25,5 % de plus de 50 ans dans Parcours vs 20 % dans le recensement). On trouvera en annexe sur le site http://www.ceped.org/parcours/annexes_chapitre_methodologie.xlsx le détail de ces comparaisons.

Tableau 2. Description de la population au moment de l'enquête

| | Hommes | | | | | | Femmes | | | | | |
|---|------------|-----|-------------------|-----|---------------------|-----|------------|-----|-------------------|-----|---------------------|-----|
| | Groupe VIH | | Groupe Hépatite B | | Groupe de référence | | Groupe VIH | | Groupe hépatite B | | Groupe de référence | |
| | (N = 353) | | (N = 559) | | (N = 356) | | (N = 573) | | (N = 220) | | (N = 407) | |
| | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n |
| Âge à l'enquête | | | | | | | | | | | | |
| 18-34 ans | 12 % | 42 | 32 % | 189 | 32 % | 119 | 22 % | 130 | 38 % | 89 | 34 % | 150 |
| 35-44 ans | 31 % | 116 | 38 % | 211 | 28 % | 105 | 47 % | 269 | 42 % | 89 | 25 % | 115 |
| 45-59 ans | 56 % | 195 | 30 % | 159 | 40 % | 132 | 30 % | 174 | 20 % | 42 | 41 % | 142 |
| Niveau d'instruction à l'enquête | | | | | | | | | | | | |
| Aucun/primaire | 20 % | 80 | 32 % | 178 | 25 % | 93 | 19 % | 111 | 21 % | 44 | 20 % | 82 |
| Secondaire | 47 % | 162 | 39 % | 216 | 47 % | 161 | 60 % | 346 | 58 % | 128 | 54 % | 225 |
| Supérieur | 32 % | 111 | 29 % | 165 | 28 % | 102 | 21 % | 116 | 21 % | 48 | 26 % | 100 |
| Région de naissance | | | | | | | | | | | | |
| Afrique de l'Ouest | 57 % | 201 | 79 % | 445 | 65 % | 236 | 50 % | 293 | 73 % | 154 | 53 % | 217 |
| Afrique centrale | 41 % | 143 | 19 % | 105 | 31 % | 104 | 47 % | 267 | 25 % | 60 | 42 % | 172 |
| Afrique de l'Est et australie | 2 % | 8 | 2 % | 9 | 4 % | 16 | 3 % | 12 | 2 % | 4 | 5 % | 18 |
| Religion | | | | | | | | | | | | |
| Chrétien | 54 % | 192 | 29 % | 161 | 42 % | 140 | 74 % | 409 | 43 % | 98 | 62 % | 253 |
| Musulman | 38 % | 130 | 68 % | 379 | 52 % | 199 | 24 % | 151 | 55 % | 117 | 36 % | 142 |
| Autres | 8 % | 31 | 3 % | 19 | 6 % | 17 | 2 % | 13 | 2 % | 5 | 2 % | 12 |

| | Hommes | | | | | | Femmes | | | | | |
|---|------------|-----------|-------------------|-----------|---------------------|-----------|------------|-----|-------------------|----|---------------------|-----|
| | Groupe VIH | | Groupe hépatite B | | Groupe de référence | | Groupe VIH | | Groupe hépatite B | | Groupe de référence | |
| | (N = 353) | (N = 559) | (N = 356) | (N = 573) | (N = 220) | (N = 407) | % | n | % | n | % | n |
| Situation administrative à l'enquête | | | | | | | | | | | | |
| Pas de titre de séjour | 10 % | 39 | 26 % | 147 | 21 % | 111 | 7 % | 48 | 22 % | 44 | 14 % | 86 |
| Autorisation provisoire de séjour | 13 % | 37 | 13 % | 79 | 12 % | 43 | 11 % | 62 | 11 % | 25 | 7 % | 35 |
| Titre de séjour temporaire | 32 % | 115 | 24 % | 128 | 15 % | 49 | 32 % | 194 | 22 % | 45 | 17 % | 75 |
| Carte de résident | 30 % | 108 | 21 % | 121 | 31 % | 93 | 32 % | 162 | 19 % | 43 | 33 % | 111 |
| Nationalité française | 15 % | 53 | 16 % | 84 | 21 % | 59 | 19 % | 104 | 26 % | 60 | 29 % | 100 |
| Situation professionnelle | | | | | | | | | | | | |
| Emploi à qualification faible | 38 % | 135 | 36 % | 195 | 31 % | 96 | 40 % | 245 | 29 % | 66 | 35 % | 116 |
| Emploi à qualification intermédiaire | 8 % | 27 | 9 % | 47 | 8 % | 28 | 8 % | 44 | 8 % | 17 | 11 % | 39 |
| Emploi à qualification élevée | 20 % | 63 | 17 % | 88 | 17 % | 52 | 8 % | 51 | 9 % | 20 | 12 % | 47 |
| « Petits boulots » | 6 % | 27 | 14 % | 78 | 10 % | 46 | 3 % | 18 | 5 % | 9 | 3 % | 18 |
| Inactifs | 26 % | 93 | 22 % | 129 | 28 % | 113 | 35 % | 187 | 38 % | 83 | 34 % | 163 |
| Étudiants | 2 % | 6 | 4 % | 22 | 7 % | 21 | 7 % | 27 | 11 % | 23 | 6 % | 23 |
| Âge à l'arrivée en France [IQR] | | | | | | | | | | | | |
| Âge à l'arrivée en France | 30 | | 27 | | 26 | | 28 | | 26 | | 26 | |
| [IQR] | [25-37] | | [23-33] | | [22-32] | | [23-34] | | [23-32] | | [20-31] | |
| Séjour en France [IQR] | | | | | | | | | | | | |
| Séjour en France | 13 | | 12 | | 12 | | 12 | | 10 | | 13 | |
| [IQR] | [8-24] | | [6-17] | | [4-24] | | [7-17] | | [4-16] | | [6-25] | |

| Période d'arrivée | 37 % | 127 | 24 % | 126 | 33 % | 96 | 24 % | 140 | 22 % | 51 | 37 % | 121 |
|---|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|------|-----|
| Avant 1996 | 36 % | 126 | 37 % | 209 | 27 % | 98 | 46 % | 254 | 31 % | 70 | 30 % | 116 |
| 1996-2004 | 27 % | 100 | 39 % | 224 | 40 % | 162 | 30 % | 179 | 47 % | 99 | 33 % | 170 |
| Statut conjugal à l'arrivée | | | | | | | | | | | | |
| Célibataire | 56 % | 198 | 65 % | 373 | 61 % | 212 | 55 % | 308 | 55 % | 118 | 46 % | 199 |
| En couple en France | 30 % | 97 | 16 % | 87 | 24 % | 86 | 37 % | 226 | 41 % | 91 | 48 % | 178 |
| En couple à l'étranger | 14 % | 55 | 18 % | 99 | 15 % | 57 | 7 % | 36 | 4 % | 8 | 6 % | 30 |
| Raisons de la migration | | | | | | | | | | | | |
| « Tenter sa chance »/trouver du travail | 43 % | 169 | 48 % | 267 | 39 % | 156 | 35 % | 204 | 25 % | 53 | 20 % | 101 |
| Raisons familiales | 15 % | 47 | 12 % | 66 | 15 % | 49 | 39 % | 212 | 47 % | 109 | 46 % | 165 |
| Menacé.e dans son pays | 18 % | 55 | 18 % | 101 | 24 % | 76 | 10 % | 60 | 14 % | 30 | 17 % | 79 |
| Études | 15 % | 52 | 16 % | 90 | 20 % | 61 | 8 % | 43 | 7 % | 14 | 13 % | 43 |
| Raisons de santé | 9 % | 27 | 6 % | 35 | 2 % | 12 | 8 % | 52 | 7 % | 13 | 4 % | 18 |
| Diagnostic après la migration | 90 % | 313 | 94 % | 520 | | | 90 % | 503 | 93 % | 203 | | |

Champ : ensemble des répondants.

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

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

La population enquêtée

Hommes et femmes : des répartitions variables selon les groupes

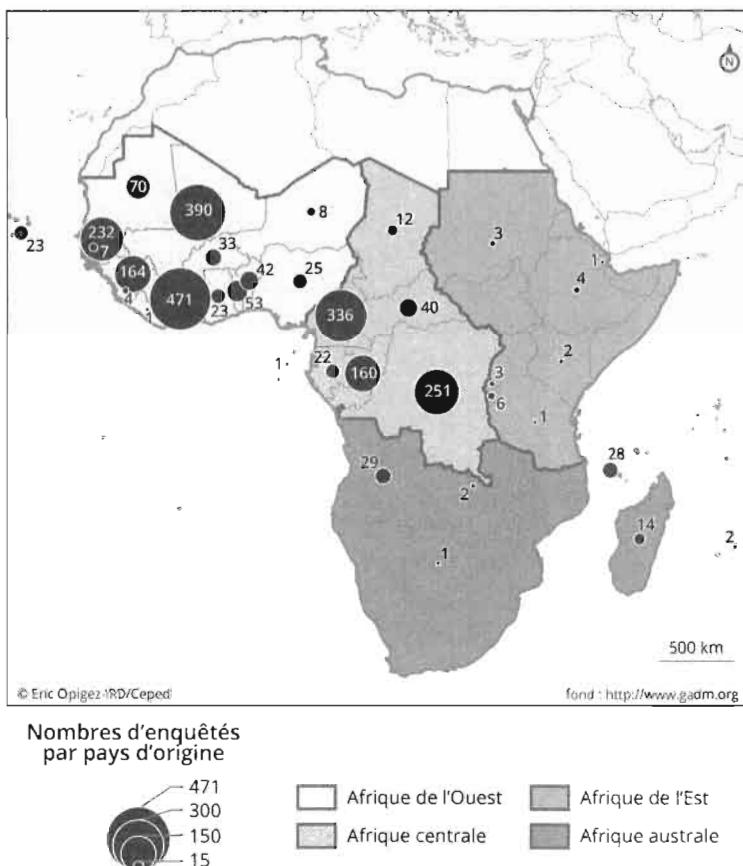
La répartition par sexe diffère sensiblement entre les trois groupes, car les épidémies VIH et hépatite B ne touchent pas de la même façon hommes et femmes. Dans le groupe de référence, les femmes représentent 57 % de notre échantillon, ce qui correspond à la répartition par sexe dans la population immigrée d'Afrique subsaharienne d'après d'autres enquêtes : dans l'enquête Trajectoires et Origines (TeO), en 2008, les femmes représentaient 57 % des immigrés de la région du golfe de Guinée et d'Afrique centrale, et 50 % des immigrés originaires d'Afrique sahélienne (Beauchemin *et al.*, 2015), avec un flux migratoire en provenance de ces régions de plus en plus féminin (60 % de femmes dans les années 2000). Les femmes sont largement majoritaires dans le groupe VIH, où elles constituent 62 % des enquêtés, car l'épidémie de VIH touche plus les femmes que les hommes en Afrique, du fait d'une plus grande vulnérabilité sociale face à cette infection sexuellement transmissible (Desgrées du Loû, Msellati et Welffens-Ekra, 2007). Ce résultat est cohérent avec ce que l'on connaît de la répartition par sexe chez les personnes suivies pour un VIH en France, où les femmes représentaient 67 % des Africains ayant été diagnostiqués VIH entre 2003 et 2010 (Dray-Spira *et al.*, 2013). Dans le groupe avec hépatite B chronique, à l'inverse, ce sont les hommes qui sont largement majoritaires, car c'est une maladie qui touche beaucoup plus les hommes que les femmes (Meffre *et al.*, 2007). Ils constituent ici 72 % de l'échantillon. Dans l'ouvrage nous présenterons systématiquement nos résultats par sexe, pour pouvoir caractériser les situations sociales vécues par les hommes et par les femmes et l'effet spécifique de la migration selon les sexes.

Une population diversifiée

La carte 1 récapitule la répartition des individus enquêtés selon leur 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.

Pour les hommes comme pour les femmes, et dans les trois groupes enquêtés, la population enquêtée est diversifiée en âge et en niveau d'études (tableau 2). Dans le groupe de référence, une personne sur trois a moins de 35 ans, 40 % ont plus de 45 ans. L'âge moyen est de 41 ans ; dans l'enquête TeO il est autour d'une quarantaine d'années chez les Africains subsahariens. La population enquêtée dans des structures de santé est légèrement plus âgée que dans l'enquête TeO, du fait du lieu

CARTE 1. Répartition des individus enquêtés selon leurs pays d'origine



de recrutement : les jeunes sont en meilleure santé et donc consultent un peu moins en structures de soins. Dans le groupe suivi pour un VIH, les personnes sont plus âgées que dans le groupe de référence. Les jeunes y sont moins représentés, parce qu'ils ont eu moins de temps pour être diagnostiqués.

Dans les trois groupes, la proportion de personnes ayant été scolarisées au moins jusqu'au niveau secondaire est élevée (environ trois personnes sur quatre) et plus d'une personne sur quatre a fait des études supérieures, chez les hommes comme chez les femmes. Contrairement à certaines idées reçues, une part importante de la population venue d'Afrique subsaharienne est en effet très diplômée : dans le recensement de 1999, la part des Subsahariens diplômés du supérieur (27 %) était de six points supérieure à celle de l'ensemble des immigrés, et même de trois points supérieure à celle des non-immigrés (Insee, 2012). Parallèlement, la part

des personnes qui n'ont pas été scolarisées ou l'ont été seulement jusqu'au primaire est élevée aussi (une femme sur cinq et un homme sur quatre dans le groupe de référence). La catégorie des immigrés d'Afrique subsaharienne recouvre donc une grande hétérogénéité de situations individuelles et sociales, comme l'a décrit l'enquête TeO sur la diversité des populations en France, qui distingue une immigration venue d'Afrique sahélienne, plutôt composée de personnes peu instruites, venues pour du travail non qualifié, et une immigration d'Afrique centrale et du golfe de Guinée, avec des personnes issues de familles aisées, et venues pour poursuivre des études en France ou fuir des guerres civiles (Beauchemin *et al.*, 2015). Cette hétérogénéité se retrouve dans les situations professionnelles. Cependant, comparativement à la proportion élevée de personnes ayant fait des études supérieures, la part de celles ou ceux qui occupent des emplois hautement qualifiés est faible : 12 % des femmes et 17 % des hommes.

Les situations par rapport au titre de séjour sont elles aussi très contrastées, avec, dans le groupe de référence, 21 % des hommes et 29 % des femmes ayant acquis la nationalité française, mais aussi 21 % des hommes et 14 % des femmes qui se déclarent sans titre de séjour au moment de l'enquête (tableau 2). Ces chiffres sont élevés par rapport aux estimations de la part des immigrés en situation irrégulière qui ont pu être faites dans les travaux précédents, qui ne dépassent pas 11 % (Lessault et Beauchemin, 2009a). Il est donc probable que nous ayons eu une probabilité plus importante de rencontrer des personnes en situation irrégulière dans les centres de santé où nous avons enquêté, d'une part, car ces centres de santé sont accessibles aux personnes en situation irrégulière, qu'elles aient ou non établi leur droit à l'aide médicale d'État, et d'autre part parce qu'ils constituent un espace protecteur du fait du secret médical qui garantit la confidentialité. La proportion de personnes sans titre de séjour reste élevée dans le groupe de personnes vivant avec une hépatite B chronique, et elle l'est moins dans le groupe de personnes vivant avec le VIH (7 % des femmes et 10 % des hommes), ce qui est cohérent avec le fait que l'infection VIH ouvre encore quasi systématiquement le droit au titre de séjour pour soins.

Parcours migratoires : des différences de genre

L'âge médian d'arrivée en France est de 26 ans dans le groupe de référence, et un peu plus élevé dans le groupe vivant avec le VIH. Environ la moitié des personnes sont arrivées en France entre 20 et 32 ans. La durée médiane du séjour en France, au moment de l'enquête, est de douze ans, ce qui signifie qu'environ la moitié des personnes sont

arrivées après l'année 2000. Un quart seulement vit en France depuis plus de vingt ans, ce qui est tout à fait similaire à ce que l'on observait dans l'enquête TeO et qui reflète une immigration d'Afrique subsaharienne relativement récente.

Les raisons déclarées de la migration sont différentes entre hommes et femmes : dans le groupe de référence, les hommes déclarent deux fois plus souvent que les femmes (39 % vs 20 %) être venus en France pour trouver du travail ou, selon la formule sobre utilisée par de nombreux Africains, « tenter leur chance ». À l'inverse, les femmes déclarent trois fois plus souvent que les hommes (46 % vs 15 %) être venues pour raisons familiales (rejoindre leur conjoint pour 29 % des femmes, un autre membre de la famille pour 17 %). Notons qu'il s'agit ici des raisons déclarées à l'enquêteur, qui n'ont aucun caractère officiel ou administratif lié à des demandes de titres de séjour.

Ces circonstances de la migration induisent des situations conjugales à l'arrivée différentes entre les sexes : les hommes arrivent plus souvent célibataires que les femmes. Parmi ceux qui sont en couple, un homme sur trois est en couple dit « transnational », sa conjointe étant restée dans le pays d'origine. Chez les femmes, c'est une situation beaucoup plus rare.

Ces différences entre hommes et femmes ne doivent cependant pas occulter le fait que les femmes, même si elles sont moins nombreuses à le faire que les hommes, migrent aussi seules, de façon « autonome » : avec près d'une femme sur deux qui arrive célibataire en France, on est loin d'un schéma monolithique des femmes qui arriveraient essentiellement dans le cadre du regroupement familial. Comme l'ont montré les enquêtes précédentes sur la migration en France, les situations migratoires des femmes se diversifient, et les femmes arrivent de plus en plus souvent seules en France, soit célibataires soit comme des « pionnières » qui devancent leur conjoint dans la migration (Beauchemin, Borrel, Régnard, 2013).

Nombreux sont ceux qui sont venus pour poursuivre des études en France : 13 % des femmes et 20 % des hommes du groupe de référence, ce qui correspond aux observations des enquêtes précédentes : les Africains subsahariens sont deux fois plus nombreux à venir en France pour faire des études que les autres groupes d'immigrés (Beauchemin *et al.*, 2015).

Enfin, 17 % des femmes et 24 % des hommes ont déclaré être arrivés en France pour fuir un pays dans lequel ils étaient menacés. Par contre, bien que l'enquête ait été réalisée dans des structures de santé, seule une très faible minorité (4 % des femmes et 2 % des hommes dans le groupe de référence) est venue en France pour raisons de santé. Même dans les

groupes touchés par le VIH ou par l'hépatite B, cette proportion reste faible, inférieure à 10 %. Le diagnostic VIH ou hépatite B a d'ailleurs été posé après l'arrivée en France, dans 90 % des cas ou plus. Ainsi, contrairement à certaines idées reçues, ce n'est pas l'attrait d'un système de soins protecteur qui guide généralement le départ vers la France, même pour des personnes touchées par le VIH ou l'hépatite B.

La précarité : une expérience largement partagée

Malgré la diversité des raisons de la migration et des profils socioprofessionnels, les expériences de précarité apparaissent fréquentes. Elles ont touché, à un moment ou à un autre, une grande partie de la population que nous avons enquêtée, comme on le voit sur le tableau 3 : près d'une personne sur deux dit avoir connu une année sans titre de séjour, une sur trois une année sans logement stable, une sur dix une année sans ressources financières. Ces expériences de précarité sont toujours un peu plus fréquentes chez les hommes, mais elles touchent les deux sexes dans des ordres de grandeur similaires.

Tableau 3. Expériences de précarité au cours du séjour en France

| | Hommes | | | | | | Femmes | | | | | |
|--|------------|-----|-------------------|-----|---------------------|-----|------------|-----|-------------------|-----|---------------------|-----|
| | Groupe VIH | | Groupe hépatite B | | Groupe de référence | | Groupe VIH | | Groupe hépatite B | | Groupe de référence | |
| | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n |
| Avoir vécu au moins une année sans logement stable | 37 % | 139 | 29 % | 162 | 34 % | 128 | 33 % | 217 | 28 % | 58 | 22 % | 114 |
| Avoir vécu au moins une année sans titre de séjour | 61 % | 200 | 69 % | 384 | 50 % | 203 | 51 % | 314 | 55 % | 113 | 43 % | 192 |
| Avoir vécu au moins une année sans ressources | 15 % | 47 | 9 % | 50 | 11 % | 51 | 12 % | 65 | 11 % | 17 | 7 % | 46 |
| Avoir déjà dû dormir dans la rue | 10 % | 40 | 9 % | 53 | 14 % | 53 | 7 % | 41 | 4 % | 9 | 5 % | 28 |

Champ : ensemble des répondants.

Lecture : parmi les hommes du groupe VIH, 10 % ont déjà dû dormir dans la rue au cours de leur séjour en France.

Source : enquête ANRS-Parcours, 2012-2013.

Un homme sur dix, avec des chiffres très similaires selon les trois groupes d'enquête, dit avoir déjà dû dormir dans la rue (tableau 3). C'est moins fréquent chez les femmes, mais cela a touché tout de même une femme sur vingt, ce qui est un chiffre très élevé, connaissant les violences auxquelles peuvent être exposées les femmes dans la rue (Lanzarini, 2003).

Conclusion

En aidant les personnes à retracer leur parcours de vie, avant et après la migration, cette enquête a permis de reconstruire ce qu'on ne peut observer : comment les trajectoires résidentielles, professionnelles, familiales, de santé se construisent et s'articulent les unes aux autres. Comme toute enquête, elle a ses limites : nous n'avons collecté que ce que les personnes ont bien voulu nous dire, et ce dont elles se sont souvenues, même si tout a été mis en œuvre pour limiter ces biais de mémoire. Nous avons fait le choix d'une enquête en structure de soins, avec ses limites et ses avantages : nous ne saurons rien des personnes qui ne consultent jamais dans ces structures, mais d'un autre côté nous avons pu toucher même les personnes en situation irrégulière, difficiles à contacter dans les enquêtes en population générale.

Finalement, les échantillons de personnes enquêtées forment un groupe très diversifié, dont les caractéristiques démographiques correspondent bien à ce que l'on sait de la population d'immigration subsaharienne en France par le recensement ou l'enquête TeO menée en 2008.

C'est ainsi près de 2 500 vies qui nous ont été racontées, à partir desquelles il est possible de décrire et de mesurer les situations sociales, familiales, les conditions de vie et de santé, année après année, et d'analyser statistiquement comment celles-ci évoluent et s'articulent les unes aux autres tout au long de ces vies marquées par une migration.

Bibliographie

- ANRS, 2002, *Sida, immigration et inégalités Nouvelles réalités, nouveaux enjeux*, ANRS, Paris (collection « Sciences sociales et sida »).
- BEAUCHEMIN C., HAMEL C., SIMON P., HÉRAN F. (dir.), 2015, *Trajectoires et origines : enquête sur la diversité des populations en France*, Ined, Paris (Grandes enquêtes), 622 p.
- BERTAUX D., SINGLY F. DE, 2016, *Le Récit de vie*, Armand Colin, Paris.
- CAZEIN F., PILLONEL J., LE STRAT Y., PINGET R., LE VU S., BRUNET S., et al., 2015, « Découvertes de séropositivité VIH et de sida : France, 2003-2013 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 9-10, p. 152-161.

Parcours

- COURGEAU D., 1991, « Analyse des données biographiques erronées », *Population*, 46, 1, p. 89-104.
- DESGRÉES DU LOÛ A., MSELLATI P., WELFFENS-EKRA C., 2007, « Le sida, révélateur des disparités de genre en Afrique », in Thérèse LOCOH (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Ined, Paris (Les Cahiers de l'Ined).
- DRAY-SPIRA R., d'ALMEIDA K.W., AUBRIÈRE C., MARCELLIN F., SPIRE B., GROUPE VESPA2, 2013, « État de santé de la population vivant avec le VIH en France métropolitaine en 2011 et caractéristiques des personnes récemment diagnostiquées », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2 juillet 2013. Premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2 », 26-27, p. 285-292.
- DRAY-SPIRA R., SPIRE B., LERT F., 2013, « Méthodologie générale de l'enquête VESPA2 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 26-27, p. 321-324.
- Groupe de réflexion sur l'approche biographique, 1999, *Biographies d'enquêtes. Bilan de quatorze collectes biographiques*, Éditions de l'Ined, Paris (Méthodes et Savoirs).
- INSEE, 2012, « Immigrés et descendants d'immigrés en France ».
- LANZARINI C., 2003, « Survivre à la rue. Violences faites aux femmes et relations aux institutions d'aide sociale », *Cahiers du Genre*, 35, 2, p. 95.
- LE CŒUR S., IM-EM W., KOETSAWANG S., LELIÈVRE E., 2005, « Vulnérabilité et vie avec le VIH en Thaïlande : l'apport de l'approche biographique », *Population*, 60, 4, p. 551-568.
- LELIÈVRE É., VIVIER G., 2001, « Évaluation d'une collecte à la croisée du quantitatif et du qualitatif. L'enquête Biographies et Entourage », *Population*, 56, 6, p. 1043-1074.
- LESSAULT D., BEAUCHEMIN C., 2009a, « Ni invasion, ni exode. Regards statistiques sur les migrations d'Afrique subsaharienne », *Revue européenne des migrations internationales*, 25, 1, p. 163-194.
- LESSAULT D., BEAUCHEMIN C., 2009b, « Les migrations d'Afrique subsaharienne en Europe : un essor encore limité », *Population & Sociétés*, janvier, p. 1-4.
- LOT F., ANTOINE D., PIOCHE C., LARSEN C., CHE D., CAZEIN F., SEMAILLE C., SAURA C., 2012, « Trois pathologies infectieuses fréquemment rencontrées chez les migrants en France : le VIH, la tuberculose et l'hépatite B », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire thématique*, 2-3-4, Institut national de veille sanitaire, p. 25-30.
- MEFFRE C., CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (FRANCE), CENTRE TECHNIQUE D'APPUI ET DE FORMATION DES CENTRES D'EXAMENS DE SANTÉ (FRANCE), INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (FRANCE), 2007, *Prévalence des hépatites B et C en France en 2004*, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.

Desgrées du Loû Annabel, Pannetier J.,
Ravalihasy Andrainolo, Gosselin A.

Recueillir des parcours de vie : repères méthodologiques et population enquêtée.

In Desgrées du Loû Annabel (ed.), Lert F. (ed.). Parcours : parcours de vie et santé des Africains immigrés en France.

Paris (FRA) : La Découverte, 2017, 27-50.

ISBN 978-2-7071-9645-3